

UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA

UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2019/2020

TESI DI LAUREA

“ALESSITIMIA, NEOPLASIE E DIMENSIONE SOCIALE”

DOCENTE relatore: Prof. Laura Ferro

STUDENTE: 17 D03 996, Veronica Camandona

## INDICE

- Capitolo 1: L'alessitimia p. 5
  - 1.1. Emozioni e sentimenti p. 5
  - 1.2. Il costrutto alessitimico p. 6
  - 1.3. Origini e sviluppo del costrutto p. 7
  - 1.4. Alessitimia e attaccamento p. 9
    - 1.4.1. Alessitimia e mentalizzazione p. 10
    - 1.4.2. L'alessitimia come disregolazione affettiva p. 11
  - 1.5. Intelligenza emotiva e alessitimia p. 13
  - 1.6. Il cervello emotivo p. 14
  - 1.7. Alessitimia e genetica p. 17
  - 1.8. La misurazione dell'alessitimia: il gruppo di Toronto p. 18
    - 1.8.1. La Toronto Alexithymia Scale (TAS) p. 18
    - 1.8.2. La Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) p. 19
    - 1.8.3. La Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA) p.21
    - 1.8.4. Altri metodi di valutazione p. 25
      - 1.8.4.1. Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) p. 25
      - 1.8.4.2. Questionari eterovalutati p. 26
- Capitolo 2: Alessitimia e psico-oncologia p. 29
  - 2.1. Alessitimia e psicosomatica p. 29
  - 2.2. Alessitimia: stato o tratto di personalità? p. 30
  - 2.3. La psico-oncologia p. 35
  - 2.4. La malattia terminale p. 37
- Capitolo 3: Possibilità di intervento p. 43
  - Le cure palliative p. 43
  - Il supporto sociale p. 44
  - Interventi psicologici p. 48
    - Intervento con la coppia: il supporto reciproco p. 29
    - Intervento con il gruppo p. 51
    - Intervento psicologico mirato p. 53
- Conclusioni finali p. 57

## INTRODUZIONE

“Date voce al dolore: la pena che non parla  
sussurra al cuore affranto  
e gli dice di *spezzarsi*”  
(Macbeht, IV, 3. W. Shakespeare. )

Il termine “alessitimia” letteralmente significa “emozione senza parole” ed è un costrutto clinico di personalità multidimensionale e complesso che si caratterizza per un deficit cognitivo-affettivo. Fu introdotto negli anni Settanta da Nemiah e Sifneos in ambito psicosomatico e descritto da una significativa difficoltà di identificazione dei propri sentimenti, di distinzione di questi dalle sensazioni fisiche causate dalle attivazioni emotive e da una conseguente conoscenza limitata delle proprie emozioni, da un’incapacità di espressione e descrizione del proprio vissuto emozionale che si ripercuote negativamente sulla propria sfera sociale attraverso un insuccesso della richiesta e della ricezione di aiuto, una capacità limitata di immaginazione e di fantasticare che causa una modulazione minima delle emozioni e un’assenza di vita interiore emotivamente ricca, che porta infine, alla presenza di uno stile cognitivo orientato e focalizzato verso i dettagli esterni con un pensiero concreto e non riflessivo. È possibile collocare l’alessitimia lungo un continuum che caratterizza soggetti che hanno più o meno difficoltà di tradurre in parole il significato dei propri vissuti emotivi, e che quindi non per questo siano privi di emozioni. È dunque così possibile trovare nel primo capitolo la nascita, la storia, le caratteristiche, le possibili cause e lo sviluppo in generale del costrutto alessitimico, seguito poi dalle diverse modalità per sua la misurazione.

L’obiettivo che mi sono posta di raggiungere è stato innanzitutto quello di approfondire l’argomento che fin dal primo incontro durante il percorso di studi mi ha interessato e incuriosito. Le ricerche sempre più specifiche hanno permesso allo stesso tempo di ampliare gli ambiti in cui l’alessitimia fosse coinvolta e di vivere un secondo incontro che mi ha dato l’opportunità di scoprirmi particolarmente affascinata al mondo della psico-oncologia. All’interno di questo l’alessitimia si è slegata dalla sua diretta relazione

somatica, invitando alla ricerca di una relazione bilaterale tra funzionamento mentale e stato fisico che ha dato poi alla luce il quesito relativo all'alessitimia come stato o tratto di personalità e in che misura fosse coinvolta nello sviluppo di problemi di salute, portando alla scoperta dell'ipotesi della personalità di Tipo C incline al cancro. È quindi così possibile trovare all'interno del secondo capitolo la presentazione del ruolo focale svolto dall'alessitimia nel contesto oncologico, in cui si è rilevato fondamentale il supporto sociale come fattore protettivo e di mediazione presentato nel terzo capitolo. Su queste basi è nato il secondo obiettivo di non limitarmi solo a descrivere ed esporre gli studi teorici a riguardo, ma di indagare per poi narrare anche le possibilità di intervento e cambiamento che sono state realizzate negli ultimi anni, con il fine di sensibilizzare nel mio piccolo a fornire una maggiore importanza agli aspetti psicologici in ambito medico, sollecitando a dare attenzione non solo al processo di guarigione ma anche e in particolar modo, al processo di cura.

## Capitolo 1: L'alessitimia

“Alessitimia”: dal greco, *a*, mancanza; *lexis*, parola; *thymos*, emozione.

Letteralmente tradotto vuole significare *emozione senza parole*, o *mancanza di parole per le emozioni*, caratterizzata da difficoltà di espressione verbale delle emozioni, da una limitata attività fantasmatica e infine da uno stile di comunicazione definito dall'autore stesso come “incolore”, facendo riferimento all'incapacità dei pazienti affetti da questo disturbo di raccontare dettagliatamente vissuti emotivi, talvolta omettendoli totalmente (Sifneos, 1973).

### 1.1. Emozioni e sentimenti

Nell'utilizzo comune emozioni e sentimenti vengono considerati come sinonimi e quindi interscambiabili, ma nonostante questi si verificano insieme, sono in realtà due fenomeni ben distinti. Neuroscienziati contemporanei, tra cui Damasio (2003) e LeDoux (1996), hanno infatti differenziato le emozioni (*emotions*) come eventi fisici e i sentimenti (*feelings*) come esperienze mentali.

Le emozioni coinvolgono il corpo attraverso l'attivazione del sistema nervoso autonomo e neuroendocrino mettendo in atto azioni e movimenti, mutamenti della postura, del tono della voce e delle espressioni facciali che permettono di rendere i vissuti emotivi visibili anche dalle altre persone. Damasio definisce *triggers* gli attivatori delle emozioni, i quali possono essere esterni, come un forte rumore spaventante, o interni, come un intenso ricordo. I sentimenti invece sono vissuti percettibili solo dall'interno da parte di chi li sperimenta e perciò nascosti agli altri. Le modifiche fisiche durante l'attivazione emotiva vengono rappresentate nel cervello e i modi in cui queste vengono create costituiscono i sentimenti, riflessi costanti dello stato del corpo.

È proprio a partire dalla capacità di rappresentazione mentale e simbolica che è possibile integrare percezioni di stati corporei e mentali. Nelle prime fasi dello sviluppo queste

rappresentazioni vengono elaborate a livello sub-simbolico inizialmente attraverso le immagini, collegando ad esempio, un'emozione al volto di una persona, e poi attraverso il linguaggio, che permette di descrivere e identificare i sentimenti provati e attraverso questi, di poter conoscere cosa accade alle proprie emozioni.

L'alessitimia quindi può essere considerata come un deficit nei sentimenti in quanto le emozioni sono associate a immagini e parole in modo fragile, vivendole in modo prioritario come esperienze fisiche e di tendenza all'azione (Taylor, Bagby, Caretti, Schimmenti, 2014).

## 1.2. Il costrutto alessitimico

L'alessitimia è un costrutto clinico di personalità multidimensionale che implica il coinvolgimento di diversi funzionamenti tra cui quello emotivo, cognitivo, sociale e biologico dell'individuo ed è collegato a differenti condizioni mediche, cliniche e psichiatriche.

L'origine di tale dimensione clinica può essere ricondotta da osservazioni effettuate su pazienti affetti da classiche malattie psicosomatiche (ulcere, artriti, malattie della pelle etc.), ma che con il passare del tempo è stata poi riscontrata anche in pazienti con disturbi da stress post-traumatico (PTSD), disturbi da uso di sostanze, disturbi di somatizzazione e disturbi dell'alimentazione, definendolo così come un costrutto multidimensionale ma anche transdiagnostico.

Jürgen Ruesch pubblicando un articolo intitolato "The infantile personality" nel 1948, fu il primo ricercatore che descrisse i sintomi dell'alessitimia, permettendo poi a Nemiah e Sifneos di definirlo e di introdurlo nel corso degli anni Settanta all'interno della comunità scientifica.

L'alessitimia, così intesa, presenta dei significativi deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni. I suoi aspetti caratteristici infatti sono la difficoltà di identificare i sentimenti e di distinguerli dalle sensazioni fisiche causate da attivazioni emotive, ciò comporta una conoscenza minima delle proprie emozioni, l'incapacità di esprimere e descrivere la propria esperienza emozionale alle persone appartenenti alla propria rete sociale, che porta di conseguenza all'insuccesso della richiesta e della ricezione d'aiuto da parte loro, una limitata capacità di immaginazione e di fantasticare

che causa una modulazione minima delle emozioni e un'assenza di vita interiore ricca, emotiva e immaginativa che porta infine, alla presenza di uno stile cognitivo orientato e focalizzato verso i dettagli di luoghi, persone e situazioni esterne con presenza di un pensiero concreto e non riflessivo.

L'alessitimia non è un fenomeno psichico da considerarsi “tutto-o-nulla” ma piuttosto un costrutto dimensionale che si distribuisce nella popolazione generale, esattamente come l'intelligenza, con un'ampia variabilità estesa lungo un continuum che presenta ai due lati estremi la normalità e la patologia a seconda dei casi. È inoltre opportuno quindi specificare che soggetti alessitimici non hanno la capacità di tradurre in parole il significato dei propri vissuti emotivi, ma ciò non significa che siano privi di emozioni (Taylor, et al., 2014).

### 1.3. Origini e sviluppo del costrutto

Come già precedentemente accennato, il costrutto dell'alessitimia può essere ricondotto nelle sue origini agli studi di Ruesch (1948) e di MacLean (1949) i quali per primi suggerirono che alcune delle malattie psicosomatiche da loro studiate, potessero essere causate da alterazioni dell'*arousal*, ovvero dell'attivazione fisiologica, legata ai vissuti emotivi, dovute alla mancata capacità di rappresentazione simbolica delle emozioni attraverso il linguaggio.

Qualche decennio dopo Sifneos coniò il termine “alessitimia” delimitandone tutte le sue caratteristiche e permettendo alla comunità scientifica di condurre studi e progressi sia teorici che nell'ambito della ricerca (Taylor, et al., 2014).

Nemiah (1977) introdusse il concetto di “elaborazione psichica” per definire quel processo di rappresentazione mentale che permette alle emozioni di essere vissute consapevolmente come sentimenti soggettivi e a quest'ultimi di essere legati a parole ed a fantasie. Proprio tale processo di rappresentazione mentale è deficitario nell'alessitimia e l'autore individua la causa di questo nello sviluppo di difese psicologiche o in un'interruzione dei processi biologici neuronali coinvolti nella formazione del substrato anatomico dei processi psicologici.

Krystal (1982-1983, 1988) invece ipotizzò che nei soggetti alessitimici vi fosse un arresto nello sviluppo affettivo come conseguenza di traumi nella prima infanzia oppure una

regressione affettiva come risultato di un'esperienza traumatica avvenuta successivamente.

Lane e Schwarz (1987) elaborarono poi un modello secondo il quale l'alessitimia veniva posizionata al livello del riflesso sensomotorio, il più basso di cinque totali, all'interno del quale la consapevolezza emotiva è minima e le esperienze emotive vengono vissute solo a livello corporeo come sensazioni fisiche. Il riflesso sensomotorio è seguito poi dal livello recitativo sensomotorio in cui oltre al vissuto somatico si aggiunge la tendenza all'azione nell'emozione, dal livello preoccupazionale, all'interno del quale vengono introdotti i primi aspetti psichici i quali però sono unidimensionali e il linguaggio è stereotipato, dal livello operativo concreto, caratterizzato da una prima consapevolezza dell'esperienza emotiva e infine dal livello più alto di operativo formale, dove vi è la piena consapevolezza delle emozioni proprie e altrui in tutta la loro complessità, permettendo così lo sviluppo della maturità individuale.

Il contributo fondamentale di Wilma Bucci (1997) risulta essere quello della teoria del codice multiplo, all'interno della quale viene ipotizzato che le informazioni sono elaborate grazie a tre modalità: il modo subsimbolico non-verbale, il modo simbolico non-verbale e il modo simbolico verbale. Il primo tra questi riguarda tutti quegli stimoli non verbali, ma sensoriali e motori che vengono elaborati in parallelo, come per esempio quando riconosciamo una voce familiare in una festa caotica. Il modo simbolico non-verbale comprende l'insieme delle immagini mentali che non possono essere tradotte in parole pur essendo coscienti, come per esempio immagini specifiche di volti o di canzoni e ciò può essere chiaramente spiegato riportando come esempio una frase dei Beatles, i quali cantavano *something in the way she moves attracts me like no other woman*, in cui l'emozione è provocata dall'immagine della camminata di quella donna che però non può essere altrimenti spiegata. L'ultimo infine è il modo che permette ad ogni essere umano di poter comunicare agli altri il proprio mondo interiore, ed è anche ciò che permette la trasmissione di cultura e conoscenza all'interno di un gruppo o di una società. Bucci definì "processo referenziale" quell'attività bidirezionale dalle emozioni alle parole e viceversa. L'alessitimia corrisponde alla mancanza di queste connessioni referenziali fra l'attivazione subsimbolica e l'elaborazione verbale a causa o di un arresto nello sviluppo per condizioni ambientali avverse nell'infanzia, oppure da una disconnessione dovuta da un trauma. Proprio perché le emozioni rimangono legate debolmente ad entrambe le



modalità simboliche verbali e non-verbali che vengono vissute principalmente come sensazioni somatiche.

Il gruppo di Toronto (Taylor, 2003), di cui verrà specificato maggiormente in seguito, confermò la relazione presente tra la teoria del codice multiplo di Bucci e l'alessitimia, conducendo uno studio pilota su alcuni studenti universitari utilizzando uno strumento di assessment dell'attività referenziale introdotto dall'autrice stessa della teoria. Il risultato di questo esperimento dimostrò che i soggetti che avevano ottenuto punteggi elevati alla TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale-20), e che quindi presentavano livelli maggiori di alessitimia, se venivano svegliati durante la fase REM e invitati a raccontare il loro sogno, ottenevano un punteggio più basso nell'attività referenziale ( $6.95 \pm 3.35$ ) rispetto a coloro che presentavano livelli alessitimici più bassi ( $10.60 \pm 2.92$ ). Ciò vuole dimostrare come gli schemi emotivi, organizzatori delle rappresentazioni mentali, di persone alessitimiche, presentino una connessione molto fragile tra componenti subsimboliche e componenti simboliche (Taylor, et al., 2014).

W. Bucci ipotizzò che il trauma potesse avere un ruolo chiave nel deficit delle attività referenziali e Bermond (1997) in seguito dimostrò tale ipotesi. Distinse innanzitutto l'alessitimia in due tipologie: l'alessitimia di Tipo I, caratterizzata da bassa consapevolezza emotiva, bassa emotività e una ridotta funzionalità orbito-frontale e dei relativi processi dopaminergici dell'emisfero destro, e l'alessitimia di Tipo II, caratterizzata da un normale o alto livello della consapevolezza emotiva, però con assenza della sua manifestazione con un deficit di integrazione a livello neurofisiologico inter-emisferico del corpo calloso. Questo secondo tipo di alessitimia è più frequente in casi di abusi sessuali, in cui è presente il vissuto emotivo ma non l'elaborazione cognitiva dell'esperienza. Tale ipotesi potrebbe spiegare la frequente presenza di relazione tra disturbo post-traumatico da stress, dissociazioni e alessitimia e inoltre che quest'ultima sia il risultato di connessioni deboli referenziali tra l'attività sub-simbolica, le immagini e le parole (Caretta, Barbera, 2005).

#### 1.4. Alessitimia e attaccamento

Lo sviluppo del processo di differenziazione interna che permette di arrivare al grado di maturità più alto di consapevolezza della complessità delle emozioni, è modulato

all'interno del contesto della relazione primaria con la figura di attaccamento. In base al legame che il bambino instaura con il proprio *caregiver*, verrà definito anche il suo rapporto mente-corpo. Secondo Taylor (1989) la dimensione mentale trae origine come sviluppo evolutivo della dimensione somatica. Nei primi istanti di vita infatti il neonato vive le sue sensazioni interne come se fossero esterne attraverso il movimento corporeo a causa del suo Sé precoce, che con il graduale sviluppo diventerà in grado di differenziare le due realtà e di modulare ed elaborare le emozioni come unità dotate di significato, ovvero i sentimenti (Caretti, Barbera, 2005).

#### 1.4.1 Alessitimia e mentalizzazione

La mentalizzazione venne definita da Fonagy e Target (1997) come la capacità di comprendere gli stati mentali, i sentimenti, le intenzioni e i desideri propri e altrui mentre l'alessitimia è definibile in modo più specifico come l'incapacità di autoconsapevolezza emotiva e di regolazione dei propri stati emotivi (Jurist, 2005). L'alessitimia quindi può essere in questo senso considerata come un aspetto deficitario della mentalizzazione che Jurist definisce "affettività mentalizzata" e ne descrive i suoi tre elementi: l'identificazione, ovvero la capacità di nominare e distinguere gli affetti, l'elaborazione, la capacità di modularli e la loro espressione interiore ed esteriore.

Esistono delle evidenze riguardo la capacità dell'ossitocina di poter migliorare la mentalizzazione nei soggetti con elevata alessitimia. Luminet e i suoi collaboratori (2011) hanno infatti condotto una ricerca sottoponendo soggetti con diversi livelli di alessitimia al Reading the Mind in the Eyes Test. Questo test consisteva nel riconoscere le emozioni complesse provate da persone fotografate tra quattro alternative proposte. I risultati mostrarono come i soggetti con un livello basso di alessitimia, avevano buone prestazioni sia nella condizione in cui veniva somministrata loro dell'ossitocina sia un placebo, nei partecipanti con alta alessitimia invece, la prestazione migliorava significativamente nella condizione in cui venivano sottoposti ad un'iniezione di ossitocina rispetto al placebo.

Il coinvolgimento dell'ossitocina venne dimostrato anche da un'altra ricerca (Heim et al., 2008) in cui venne evidenziato che in donne con storie di abuso infantile, il livello dell'ormone fosse particolarmente ridotto (Taylor, et al., 2014).

#### 1.4.2. L'alessitimia come disregolazione affettiva

La capacità di mentalizzazione descritta da Fonagy (2001) è strettamente legata alla regolazione affettiva. Possedere una capacità di rappresentazione degli stati mentali propri e altrui, permette infatti di avere la possibilità di poter regolare e controllare gli affetti. Tale capacità però, è possibile acquisirla solamente in presenza di uno sviluppo inserito in un contesto e in una relazione primaria di tipo sicuri. Coerentemente con quanto appena detto, coloro che hanno alti livelli di alessitimia sviluppano un attaccamento insicuro con il proprio *caregiver* (Schaffer, 1993). Affinché ciò non avvenga, è necessario che la figura primaria sia in grado di riflettere e contenere gli stati emotivi del bambino. Questo concetto è stato ampiamente introdotto e spiegato da Bion, il quale definisce il ruolo materno come “contenitore” degli “elementi beta”, ovvero quei contenuti mentali del bambino che vengono espulsi, perché inizialmente intollerabili, attraverso il meccanismo di difesa dell’identificazione proiettiva normale. La madre quindi ha la funzione fondamentale di bonifica e di trasformazione di questi elementi beta in elementi alfa, dotando loro di un significato grazie l’elaborazione cognitiva materna, rendendoli così accettabili per il bambino. Nei primi istanti di vita il neonato non possiede un suo apparato per pensare, per questo motivo, il *caregiver* recettivo può pensare e rispondere per lui dando vita ad una continua interazione che permetterà al bambino di introiettare la sua personale capacità di bonifica degli elementi beta e di creare infine la sua mente (Caretti, Barbera, 2005).

Approfondendo questo tema è possibile far riferimento al contributo di Winnicott (1952, 1956) che considera la madre come “sufficientemente buona” nel momento in cui ha la capacità empatica necessaria per comprendere e percepire i bisogni del neonato e di poterne rispondere di conseguenza in modo adeguato. Una madre di questo tipo si occupa del proprio bambino sia dal punto di vista fisico, in base al modo in cui lo tiene in braccio (*handling*), che da quello psichico, attraverso il suo atteggiamento (*holding*), permettendo così lo sviluppo del Sé completo in un processo definito da Winnicott di “integrazione psicosomatica”. L’accudimento di una madre sufficientemente buona, permette anche al bambino di sviluppare una sua indipendenza, esponendolo gradualmente alle difficoltà esterne senza intervenire, ma al contempo anche di sviluppare una dipendenza emotiva nei confronti di un giocattolo o un peluche con cui possa consolarsi e trovare conforto

quando percepisce la distanza della madre. Questi prendono il nome di “oggetti transizionali” e permettono il passaggio graduale dall’illusione di esser parte di una totalità con la madre e la consapevolezza di essere invece due entità distinte, rievocando simbolicamente la figura di riferimento quando questa è assente (Caretto, Barbera, 2005). Ma tutto ciò non avviene se il contesto o la relazione primaria in cui il bambino è inserito non è sicuro. Se il *caregiver* è incapace di svolgere la sua funzione di regolatore esterno e di percepire i suoi bisogni, a sua volta il neonato non sarà in grado di saperli poi identificare, modulare o gestire portando eventualmente allo sviluppo di alessitimia e/o malattie psicosomatiche. A questo proposito è stata infatti confermata da recenti studi condotti da Diego et al. (2002) la correlazione tra relazione primaria e alessitimia in un gruppo di bambini figli di madri con depressione, i quali presentavano un minor corredo di comportamenti comunicativi con le loro figure primarie e con degli estranei, una ridotta curiosità esplorativa nei confronti delle espressioni facciali relative alle emozioni e livelli significativamente alti di cortisolo e noradrenalina con ridotta dopamina, tutte condizioni dovute probabilmente da un *caregiver* poco disponibile e presente emotivamente.

La teoria del codice multiplo di Wilma Bucci precedentemente illustrata, può quindi ora integrarsi anche con quanto detto riguardo lo sviluppo e permette di comprendere meglio da dove ha origine il deficit simbolico che non permette il passaggio dall’elaborazione simbolica non-verbale a quella verbale, rimanendo in un’esperienza di tipo subsimbolica che rende l’individuo incapace di rappresentazione della sua affettività (Caretto, Barbera, 2005).

In parallelo al deficit dello sviluppo degli affetti, secondo Krystal (1971), necessita di uguale attenzione anche la regressione del funzionamento affettivo conseguente ad un trauma psichico. Tale regressione viene considerata come il risultato di un processo di differenziazione affettiva, di de-verbalizzazione e di ri-organizzazione che vanno a scontrarsi con il normale sviluppo evolutivo dell’esperienza affettiva tanto che nella regressione, gli affetti vengono percepiti in modo primitivo o addirittura solo a livello somatico e indipendenti dal contesto. Da questa situazione Krystal ipotizza due possibilità evolutive: la prima porterà il soggetto a sopprimere qualsiasi tipo di emozione e affetto, facendo finta di non aver bisogno degli altri e sviluppando così disturbi di tipo narcisistico o psicosomatico, la seconda invece comporterà un’esagerazione in cui gli aspetti fisici

delle emozioni non verranno tollerati in quanto insopportabilmente dolorosi, e il tentativo di liberarsene però li porterà a sviluppare disturbi di dipendenza (Caretti, Barbera, 2005). Rimanendo brevemente ancora nel contesto dell'attaccamento, è utile anche presentare come questo costrutto sia stato poi studiato recentemente in relazione alla salute, infatti il tipo di legame che si instaura tra madre e bambino sembra essere fondamentale anche per quanto riguarda i comportamenti di malattia. Persone con stile di attaccamento preoccupato per esempio, adottano dei comportamenti fortemente abusanti dei servizi medici. Soggetti con stile di attaccamento insicuro invece presentano strategie di *coping* allo stress molto deboli, ne vengono spesso sopraffatti e il loro periodo di guarigione fisica è prolungato e il supporto sociale non viene mai usato come fattore protettivo. Questo tipo di attaccamento, caratteristico anche dell'alessitimia, è fortemente legato ad una maggiore possibilità di uso di regolatori esterni per l'affetto che rappresentano rischi elevati in quanto sono per esempio sostanze psicoattive, alcol, attività sessuali a rischio e alimentazione irregolare (Stuart, Noyes, 1999; Scheidt, Waller, 2004). Nonostante i concetti di alessitimia e attaccamento siano teoricamente correlati tra loro, gli studi e le ricerche empiriche sono al momento ancora molto poche perché questo possa essere confermato in modo definitivo e assoluto (Caretti, Barbera, 2005).

### 1.5. Intelligenza emotiva e alessitimia

L'intelligenza emotiva è un costrutto sviluppato da Salovey e Mayer (1989/90) e definito come quella capacità di saper elaborare le emozioni proprie e quelle altrui, di monitorarle e differenziarle, allo scopo di orientare le proprie azioni e i propri sentimenti, concetto che verrà reso popolare dal best-seller di Goleman (1995) "Intelligenza emotiva". Gardner (1991) elaborando la sua teoria delle intelligenze multiple, ne descrive due di tipo personale: l'intelligenza intrapersonale, relativa alla capacità di poter facilmente accedere al proprio mondo interiore, e l'intelligenza interpersonale, ovvero l'abilità di poter leggere quello altrui, competenze che oggi vengono definite come autoconsapevolezza emotiva ed empatia. L'intelligenza emotiva comprende quindi la consapevolezza dei sentimenti ma anche la percezione dei comportamenti emotivi non-verbali, come per esempio cambiamenti delle espressioni facciali, posturali e del tono della voce, caratterizzando individui con alti livelli di tale intelligenza, maggiormente

abili a identificare e descrivere i propri e altrui sentimenti e quindi dotati di quella che Fonagy (1991) definisce come “funzione riflessiva”. Sulla base di ciò si presuppone quindi che individui con un alto punteggio di alessitimia, ne presentino uno basso per l’intelligenza emotiva, e viceversa. Nel 2001 in uno studio giapponese condotto da Fukunishi, vennero utilizzate la Emotional Intelligence Scale e la TAS-20 su pazienti psichiatrici e studenti universitari e confermarono la stretta correlazione presente tra il costrutto alessitimico e quello di intelligenza emotiva, nello specifico per quanto riguarda il tipo intrapersonale, nella capacità di consapevolezza e di autocontrollo, interpersonale e situazionali in contesti di leadership (Caretti, Barbera, 2005).

## 1.6. Il cervello emotivo

Grazie agli studi di LeDoux (1996) sugli aspetti neuroanatomici e neurofisiologici, è possibile oggi conoscere i meccanismi cerebrali coinvolti nelle emozioni.

Il nostro cervello emotivo infatti, secondo queste ricerche di LeDoux, è composto da due circuiti che permettono all’uomo di elaborare le diverse informazioni. La prima via prevede il passaggio dello stimolo dal talamo diretto all’amigdala, questo è un circuito veloce, inconsapevole che prepara il corpo all’attacco/fuga. La seconda via invece è più lenta perché prevede un passaggio intermedio tra il talamo e l’amigdala nella neocorteccia, permettendo di svolgere un’elaborazione più specifica e una modulazione delle emozioni più adeguata. Tuttavia Goleman (1995) parla di “dirottamento emotivo” per segnalare la possibilità del primo circuito talamo-amigdala di LeDoux, di agire indipendentemente dai sistemi cognitivi superiori. Secondo l’autore del cervello emotivo, affinché possa esserci una buona regolazione emotiva, è necessaria un’alta qualità sia delle rappresentazioni cognitive, sia delle forze delle vie neuronali che partono dalla corteccia prefrontale e arrivano all’amigdala (LeDoux, 1989).

Nelle persone con intelligenza emotiva significativamente bassa, viene ipotizzata la presenza di alterazioni nell’organizzazione e nel funzionamento cerebrale. Tra le aree coinvolte nell’elaborazione emotiva abbiamo la corteccia cingolata anteriore e il sistema limbico, le quali sono in continua comunicazione interemisferica. Gli studi condotti da Gazzaniga (1992, 1995) su pazienti con corpo calloso asportato in seguito ad un’operazione chirurgica nel tentativo di contenere epilessie non altrimenti trattabili,

scopirono come l'emisfero sinistro una volta isolato, non fosse più consapevole dell'attività svolta da quello destro. Per chiarezza concettuale, quest'ultimo è maggiormente coinvolto nella percezione emotiva non-verbale e di tutti quegli stimoli alternativi figurativi, mentre invece l'emisfero sinistro è deputato principalmente al funzionamento verbale e all'interpretazione dell'informazione attribuendone un significato, capacità fondamentale dell'intelligenza emotiva e carente significativamente in soggetti alessitimici.

Grazie al gruppo di Toronto è stato possibile, attraverso un grande e significativo approccio scientifico condurre molteplici studi relativi al coinvolgimento di diverse ma specifiche aree cerebrali nell'alessitimia.

L'ipotesi che l'alessitimia sia causata da una limitata comunicazione interemisferica è stata confermata da diversi studi, primo fra tutti, un esperimento di localizzazione tattile delle dita per verificare la trasmissione di informazioni tra i due emisferi in un campione di veterani di guerra con presenza di alessitimia e sviluppo di disturbo post-traumatico da stress (PTSD), confrontato con un gruppo di veterani senza PTSD né alessitimia, e replicato da Parker et al. (1999) poi in due gruppi di studenti universitari con e senza alessitimia. In questo studio condotto originariamente da Zeitlin et al. (1989), sono stati divisi due gruppi sulla base del punteggio *cutoff* ottenuti nella TAS-20 ed è stato valutato il corretto funzionamento del corpo calloso toccando con una punta di una matita una, due, tre o quattro dita con un preciso ordine definito a priori. I partecipanti dovevano indicare quale dito era stato stimolato, operazione condotta in due condizioni: la prima non-incrociata, la quale prevedeva che il soggetto toccasse con il pollice della stessa mano le dita punte dalla matita, e una seconda condizione incrociata, in cui le dita stimolate dovevano essere indicate toccandole con il pollice dell'altra mano. La capacità intraemisferica è stata valutata in base alla proporzione delle risposte corrette nelle due condizioni, maggiore era la differenza, minore era la capacità di *transfert* interemisferica. I risultati che questo studio ha restituito sono stati i seguenti: i partecipanti con alessitimia mostrarono un punteggio di *transfert* molto inferiore nella condizione incrociata rispetto a quella non-incrociata. È stato inoltre poi possibile osservare come il deficit fosse bidirezionale, da destra a sinistra e da sinistra a destra (Caretti, Barbera, 2005).

In un'altra ricerca (Parker, Taylor, Bagby, 1992) per valutare la stessa capacità interemisferica, sono stati utilizzati i movimenti oculari laterali coniugati (*conjugate later*

*eye movements*, CLEM). I partecipanti di questo studio che sono stati selezionati presentavano delle chiare predominanze di CLEM verso sinistra o verso destra. Essi sono stati poi sottoposti a 20 domande di conoscenza generale alle quali dovevano rispondere guardando dritto in faccia allo sperimentatore seduto davanti a loro dall'altro lato del tavolo, il quale valutava che si verificassero almeno 14 CLEM a destra o a sinistra. I risultati di questo studio mostrarono un effetto principale della preferenza dei CLEM nei soggetti con predominanza di movimento verso destra ( $f = 14.42$ ,  $p < 0.001$ ) che hanno ottenuto il punteggio più alto alla TAS-20 rispetto al restante dei soggetti *left movers*. Tale esperimento concorda e conferma l'ipotesi per cui l'alessitimia sia dovuta ad un deficit della funzione dell'emisfero destro.

Grazie agli sviluppi della tecnologia del *brain imaging* sta avanzando un'altra ipotesi (Taylor, Bagby, 2004) relativa al coinvolgimento della corteccia anteriore, deputata alle funzioni cognitive e affettive superiori, che ha molteplici connessioni con le aree limbiche del lobo medio-temporale e con la corteccia cingolata anteriore (ACC). Queste aree insieme sono coinvolte nell'integrazione dei processi emotivi, motivazionali e nel lavoro di apprendimento dell'espressione emotiva e dell'empatia. Studi condotti utilizzando la PET (tomografia a emissione di positroni) da Lane e collaboratori (Lane, Ahern, Schwarz, Kaszniak, 1997; Lane et al., 1998) hanno dimostrato che l'attività dell'ACC aumentava significativamente in soggetti esposti a ricordi personali e con alti punteggi della *Levels of Emotional Awareness Scale* (LEAS), dimostrando un'alta capacità di differenziazione e rappresentazione mentale delle emozioni. Tale studio di conseguenza considera nell'attività emotiva, la disregolazione cortico-frontale, specificatamente dell'ACC, come causa principale e non la disconnessione interemisferica, definendo sotto questa prospettiva l'alessitimia come fosse "l'equivalente emozionale della cecità" coniando il termine *blindfeel*. Studi con la risonanza magnetica hanno restituito dati a supporto di tale tesi. L'ACC e la corteccia medio-frontale infatti sembrano attivarsi diversamente in soggetti alessitimici davanti alla visione passiva di stimoli con un'alta carica emotiva (Berthoz et al., 2002). Coerentemente con quanto detto, non è stata trovata una correlazione con le strutture limbiche (amigdala, formazione ippocampale e ipotalamo), in quanto esse sono coinvolte nella risposta emotiva ma non nella loro interpretazione (Caretti, Barbera, 2005).



È stata poi avanzata un'ulteriore ipotesi utilizzando sempre la PET in uno studio giapponese (Kano et al., 2003) relativa al coinvolgimento del flusso sanguigno cerebrale regionale (RCBF, *regional cerebral blood flow*). Soggetti alessitimici sottoposti a espressioni facciali hanno mostrato livelli significativamente più bassi dell'RCBF nella corteccia dell'emisfero destro, e allo stesso tempo altrettanto significativamente più alti invece nell'emisfero sinistro. Mostrando un'attivazione dell'ACC minore nelle espressioni di rabbia rispetto agli stimoli neutri.

Benché quindi entrambi gli emisferi siano specializzati in una funzione determinata, non è mai possibile considerare le aree del nostro cervello come indipendenti dal lavoro svolto dalle altre regioni dello stesso. Sul concetto di base condiviso della comunicazione interemisferica è possibile perciò affermare che l'alessitimia quindi presenti un deficit in essa, la quale può determinare un'operosità limitata o deficitaria dell'integrazione e della coordinazione dell'attività dei due emisferi che determina di conseguenza anche disfunzioni della corteccia cingolata anteriore. Taylor e Bagby (2000) hanno infatti proposto un modello integrato che coinvolge deficit nelle attività di comunicazione interemisferica, dell'ACC e antero-corticale durante l'attivazione emozionale (Caretta, Barbera, 2005).

### 1.7. Alessitimia e genetica

Studi relativi alla genetica condotti da Nemiah (1977) hanno restituito importanti dati che dimostrerebbero il coinvolgimento di fattori genetici, accanto alle influenze ambientali, nell'attività ridotta delle aree implicate nell'alessitimia e a supporto di tale teoria vi sono due studi. Il primo di questi mostra come in un ampio campione di gemelli di età tra i 20 e i 71 anni, la genetica spiegava fino al 30-33% la presenza di alessitimia, con un 50-56% dovuti da condizioni ambientali non condivise e il restante da quelle condivise. In un secondo studio avente un campione più piccolo rispetto al primo, i fattori genetici arrivavano a spiegare il 42%, percentuale che scendeva poi se veniva inserita la depressione come covariata nella genetica. In entrambi gli studi le condizioni ambientali condivise spiegavano la percentuale maggiore della presenza di alessitimia nei gemelli, ma un'altra percentuale particolarmente alta permetteva di spiegare la sua presenza grazie anche all'eredità genetica. Il fatto che nell'alessitimia siano coinvolti sia la genetica che

l'ambiente conferma il costrutto dell'alexitimia come dimensionale e non categoriale (Taylor, et al, 2014).

## 1.8. La misurazione dell'alexitimia: il gruppo di Toronto

Negli anni '80 il centro della ricerca sull'alexitimia può essere ricondotto a tre autori: Taylor, Bagby e Parker, i quali insieme vengono definiti come il "gruppo di Toronto", di cui Taylor ne rappresenta l'anima psicoanalista, Bagby quella psicométrica e Parker il nucleo clinico. La loro diversa specializzazione ha permesso di poter indagare e studiare il costrutto alexitimico da punti di osservazione diversi restituendo così una visione finale non completamente influenzata da un unico approccio ma bensì, più completa e complessa. Taylor si occupò maggiormente dell'aspetto teorico, concentrandosi nel rapporto tra costrutto e teorie psicoanalitiche moderne delle relazioni oggettuali precoci e dei meccanismi di strutturazione del Sé. Gli altri due autori invece si occuparono più dell'aspetto operativo e dell'assessment psicométrico, quindi relativo alla prova di validità dell'alexitimia attraverso studi sperimentali (tra cui quelli già ampiamente descritti nel sottoparagrafo 1.5, su relazioni interemisferiche, movimenti oculari etc...) e della costruzione di strumenti di misura. L'identificazione geografica del gruppo è data infatti proprio dalla diffusione in questa città della loro prima scala, la *Toronto Alexithymia Scale (TAS)* (Caretto, Barbera, 2005).

### 1.8.1. La Toronto Alexithymia Scale (TAS)

Il gruppo di Toronto cercò di superare in primo luogo i molteplici limiti degli strumenti di valutazione che fino a quel momento si erano occupati di misurare l'alexitimia e poi di conseguenza, provare anche empiricamente la validità del costrutto. Grazie a questi obiettivi prefissati e ai diversi orientamenti teorico-metodologici dei tre autori, nacque la prima versione della scala *Toronto Alexithymia Scale (TAS)*. Essa era composta da 41 item indirizzati a misurare cinque aree (Taylor, Bagby, Parker, 1997):

1. la difficoltà nella descrizione dei sentimenti,
2. la difficoltà nella distinzione tra sentimenti e sensazioni fisiche proprie delle emozioni,

3. l'assenza di introspezione,
4. la presenza di conformismo sociale,
5. la ridotta memoria relativa ai sogni.

Dopo diversi studi fu applicata poi un'analisi fattoriale alla scala che permise di ridurre gli item da 41 a 26, relativi solo più a quattro dimensioni:

- a) la difficoltà di distinzione e di identificazione di sensazioni e sentimenti,
- b) la difficoltà di descrivere i sentimenti,
- c) la scarsa attività di sogno ad occhi aperti,
- d) la presenza di pensiero orientato all'esterno.

Rispetto alla versione precedente quindi, nella TAS a 26 item, venne eliminato "il conformismo sociale" non ritenuto presente indipendentemente in tutti i soggetti. La TAS in questa seconda versione fu poi sottoposta ad un processo di validazione incrociata su gruppi sia clinici che non clinici e a diversi studi di Bagby et al., (1990), Taylor e Doody (1985) che permisero di dimostrare non solo la validità convergente ma anche discriminante, con un'alta affidabilità test-retest di circa cinque settimane, ottenendo così conferma della validità del costrutto. In ulteriori rivisitazioni della scala fu anche poi tolta la dimensione della "ridotta memoria dei sogni", a causa della correlazione negativa con le altre presenti, e venne anche eliminata la dimensione relativa alla "tendenza all'azione invece della riflessione". Studi finalizzati ad eliminare questi limiti, portarono alla creazione di un'ulteriore versione, la TAS-R a 23 item indirizzati solamente a due dimensioni:

1. la capacità di distinzione tra sentimenti e sensazioni fisiche delle emozioni
2. la capacità di poter descrivere i propri sentimenti agli altri.

Sulla base di tutti questi studi descritti nacque poi la TAS-20 (Caretto, Barbera, 2005).

### 1.8.2. La Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

La *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS-20) è la versione attuale a 20 item. È un questionario di autovalutazione in cui viene chiesto al soggetto di dare una risposta in base al suo grado di accordo rispetto a ciascuna frase riportata, utilizzando dunque una scala Likert a 5 punti, ognuno dei quali corrisponde ad un preciso valore di accordo (1 = non sono per niente d'accordo. 2 = non sono molto d'accordo. 3 = non sono né d'accordo né

in disaccordo. 4 = sono d'accordo in parte. 5 = sono completamente d'accordo). In questa ulteriore versione dello strumento di valutazione del costrutto Alessitimico, i 20 item sono relativi a 3 dimensioni:

- la difficoltà di identificazione dei sentimenti (item: 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14),
- la difficoltà nella comunicazione dei propri sentimenti agli altri (item: 2, 4, 11, 12, 17),
- la presenza di un pensiero operatorio orientato verso l'esterno (item: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20).

Oltre a calcolare i punteggi di queste tre dimensioni, è previsto il calcolo totale dei punteggi ottenuti dai singoli item. La modalità di attribuzione di tali punteggi è la seguente: agli item 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20 si attribuisce 1 punto se la risposta è "1", 2 punti se è "2" e così via fino a 5 punti se la risposta è "5". Per quanto riguarda invece gli item 4, 5, 10, 19 l'attribuzione è così invertita: 1 punto alla risposta "5", 2 punti alla risposta "4" e così via fino ad attribuire 5 punti alla risposta "1".

Seguendo questi calcoli verrà ottenuto un punteggio tra un minimo di 20 ed un massimo di 100, dividendo così tra "soggetti non Alessitimici" coloro che ottengono un punteggio inferiore a 51, "borderline" se il punteggio è tra 51 e 60 e "Alessitimici" se il punteggio è uguale o superiore a 61.

Il terzo fattore però risulta esser minor efficiente, questo probabilmente a causa dell'inversione nel processo di attribuzione del punteggio, presentando delle correlazioni molto basse rispetto alle altre due dimensioni e rispetto alla scala totale. Nonostante questo, la TAS-20 ha un'alta coerenza interna (alfa di Cronbach = 0.81) e un altrettanto buona affidabilità test-retest in intervalli di tre mesi ( $r = 0.77$ ) con i tre fattori studiati congruenti teoricamente al costrutto.

Ma affinché la TAS-20 possa restituire informazioni relative ai pazienti che siano il più possibili veritiere, dev'essere necessariamente somministrata in un preciso *setting* che riduca il più possibile qualsiasi fonte di distrazione o influenza, sia da parte dell'ambiente che dal clinico, e che permetta la concentrazione durante tutto il compito di compilazione, per cui non è previsto nessun limite di tempo. Anche per questo motivo è preferibile che venga somministrato individualmente, o se necessario, in piccoli gruppi di due o tre persone posizionate distanti l'una dall'altra per limitare anche in questo caso le influenze nel corso del test.

Prima di somministrare il questionario al paziente è essenziale ridurre allo stretto indispensabile le informazioni relative a ciò che questo andrà a studiare di loro, affermando semplicemente che si tratti di un test che “permette la comprensione della relazione di ognuno di noi con le proprie emozioni”. Si può aiutare il soggetto leggendo con lui il primo item prendendolo come esempio per spiegare le modalità di risposta in base al suo grado di accordo con questo, specificando che non esistono risposte “giuste” o “sbagliate” ma solamente risposte soggettive.

Al fine di una corretta comprensione di utilizzo di tale strumento è inevitabile sottolineare che essendo un test autosomministrato, richiede capacità di introspezione e di comunicazione emotiva sia a livello intrapersonale che interpersonale, che come ricorderemo, sono proprio gli aspetti deficitari dei pazienti alessitimici. A fronte di questo è fondamentale quindi che la TAS-20 non venga mai utilizzata da sola ma che essa venga inserita in un approccio multi-metodo usando anche altri strumenti, come per esempio il test proiettivo di *Rorschach* e il *Telematic Apperception test (TAT)*. È stato infatti dimostrato recentemente da Taylor et al., (1997) che i soggetti risultati non alessitimici dalla TAS-20 utilizzano un linguaggio più complesso e completo nella descrizione dei propri affetti relative alle tavole del TAT rispetto agli alessitimici, permettendo inoltre, in quanto test proiettivi, di informare circa le rappresentazioni del Sé, dell’oggetto e degli schemi di attaccamento, aspetti anch’essi deficitari nell’alessitimia (Caretti, Barbera, 2005).

### 1.8.3. Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)

La TAS-20 nonostante fosse e sia ancora oggi lo strumento maggiormente utilizzato per la valutazione dell’alessitimia, presenta dei limiti che però non possono essere trascurati. Primo fra tutti la questione del test che, in quanto questionario autosomministrato, mette in dubbio la sua effettiva validità nel misurare aspetti del costrutto dell’alessitimia in soggetti che potrebbero trovare ragionevole difficoltà nella compilazione di un test relativo proprio ai loro deficit di identificazione e descrizione dei sentimenti (Lane et al., 1997; Lundh et al., 2002). In secondo luogo il problema che, nonostante la TAS-20 correli con gli item relativi al pensiero operatorio del BIQ-modificato, e con la sottoscala della Fantasia del NEO Personality Inventory (Bagby, Taylor, Parker, 1994), il test ideato dal

gruppo di Toronto presenta comunque forti carenze di item che si occupano di questo aspetto direttamente, fondamentale invece per il costrutto (Kooiman, Spinhoven, Trijsburg, 2002; Vorst, Bermond, 2001).

A partire dalle critiche sulla presenza di questi due limiti della TAS-20, Bagby e collaboratori nel 2006 decisero di costruire un'intervista strutturata: la *Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)*. Questa nuova impostazione permette ai clinici e ai ricercatori che la utilizzano di poter indagare e verificare la risposta data dal soggetto, chiedendo chiarimenti ed esempi per confermarla o eventualmente disconfermarla, con l'obiettivo ultimo di comprendere se la prima valutazione data è specifica e momentanea per quel contesto oppure se quella caratteristica indagata mostra la presenza di un funzionamento strutturato e costante nella vita dell'individuo (Zimmerman, 1994).

D'altro canto però, anche l'intervista strutturata presenta dei limiti, e uno di questi è che viene richiesto l'impegno in un moderato periodo di tempo e che il processo di *scoring*, ovvero quel processo di assegnazione dei punteggi ad ogni domanda sulla base delle risposte date dal soggetto, sia affidabile e leggibile tra i diversi intervistatori (Taylor, et al., 2014).

Bagby e collaboratori nel 2006 aderendo alla definizione di costrutto formulata da Nemiah, Freygerger e Sifneos (1976) come una difficoltà di identificazione e descrizione dei propri sentimenti, accostata alla presenza di un pensiero operatorio orientato verso l'esterno che non permette l'attività fantasmatica e di immaginazione, e aderendo alle norme generali per la costruzione di un test (Briggs, Cheek, 1986; Clark, Watson, 1995; Netemeyer, Bearden, Sharma, 2004; Nunnally, Bernstein, 1994), hanno lavorato alla formulazione di 60 item che potessero riflettere gli aspetti cardine del costrutto, di cui 15 per ciascuno di questi: difficoltà di identificazione dei sentimenti, di descriverli alle altre persone, presenza di pensiero operatorio e mancanza di fantasia e immaginazione. Questi 60 item sono stati recuperati in parte dalla TAS-20, dalla TAS a 26 item, dal BIQ-modificato e da una lista non pubblicata che è stata usata per la costruzione della TAS e della TAS-20, mentre altri item invece sono stati realizzati appositamente per questo strumento.

Nella prima fase di costruzione dell'intervista la TSIA è stata somministrata ad un gruppo di pazienti e dai risultati da loro ottenuti è stato possibile eliminare 5 item giudicati confusionari o ripetitivi e 12 item perché ritenuti non rilevanti per il costrutto.

Nella seconda fase i 43 item restati sono stati somministrati in contesto ospedaliero in Canada a due gruppi di campioni scelti sulla base della loro risposta ad un annuncio che richiedeva volontari per uno studio sulla personalità e sulle emozioni. Un primo gruppo era costituito da 136 adulti con età media 32.3 (ds = 9.78) appartenenti alla popolazione generale, escludendo chi avesse avuto attualmente o in passato diagnosi di disturbo mentale, e un secondo gruppo era composto da 97 pazienti psichiatrici con età media 38.6 (dv = 12.3), escludendo coloro che avessero avuto attualmente o in passato diagnosi di disturbi psicotici. Altro requisito richiesto fu di saper leggere e parlare la lingua inglese e la maggior parte di loro aveva un diploma di scuola media superiore e apparteneva alla classe media.

A questo lavoro, durato un'ora, hanno partecipato sette intervistatori e un siglatore ai quali è stato richiesto precedentemente, oltre allo studio dell'intervista, la partecipazione a degli incontri di formazione per famigliarizzare con la siglatura e con la formulazione delle domande, soprattutto dell'inchiesta.

Per poter selezionare gli item definitivi sono state analizzate le loro distribuzioni eliminando prima quelle che risultavano essere asimmetriche in entrambi i campioni, poi quelle che in accordo di tutti gli intervistatori erano valutate difficili da comprendere per le persone o da codificare per loro, e in ultima analisi furono poi applicate statistiche di affidabilità sia agli item che alle scale (alpha di Cronbach) e Analisi delle componenti principali che permisero di selezionare ulteriormente gli item.

In seguito a molteplici operazioni di Analisi Fattoriale è stata scelta definitivamente la struttura a quattro fattori, in quanto dimostrava di poter spiegare quasi il 50% della varianza totale degli item (Netemeyer, Bearden, Sharma, 2004), (Taylor, et al., 2014).

La TSIA è dunque un'intervista di 24 domande finalizzata a valutare quattro dimensioni dell'alessitimia:

- la difficoltà di identificazione dei sentimenti provati, riscontrabile spesso con la confusione di sentimenti diversi tra loro o con l'identificazione del sentimento attraverso le reazioni fisiche proprie delle emozioni. In questo caso è necessario che l'intervistatore cerchi di capire se il soggetto è in grado di associare il sentimento a quella specifica reazione fisica emotiva.
- la difficoltà nella descrizione agli altri dei sentimenti provati, valutabile in base alla qualità e alla quantità di linguaggio utilizzato.

- la presenza di un pensiero orientato verso l'esterno, individuabile attraverso descrizioni di dettagli e situazioni esterne trascurando invece il vissuto interno creatosi all'interno di esse.
- l'assenza di attività di immaginazione e di fantasie.

Questi 24 item sono organizzati in modo tale che ad ogni domanda ne venga fatta seguire una appartenente ad un'altra dimensione in modo ciclico e alternato fino alla fine. Gli item sono stati formulati in modo tale che l'intervistatore potesse valutare le risposte date sulla base di un continuum a tre punti a seconda della frequenza o del grado di presenza delle caratteristiche specifiche indagate dai singoli item. Più nel dettaglio, attribuire punteggio "0" significa che quella caratteristica indagata non è mai presente o pur essendolo, non è tipica dell'intervistato/a. Il punteggio "1" viene attribuito nei casi in cui la caratteristica presa in oggetto è presente solo qualche volta, e il punteggio "2" quando invece è presente significativamente, tanto da poter essere anche considerato un tipico aspetto dell'individuo. Questa modalità di *scoring* è formulata affinché più si ottengono punteggi alti e più sarà maggiore il livello di alessitimia presente.

Nel manuale dell'intervista, per ognuno dei 23 item principali, sono presenti anche domande d'inchiesta finalizzate all'approfondimento di quanto analizzato, spesso richiedendo esempi di chiarificazione che possano andare a confermare quanto compreso e dichiarato dal soggetto, oppure che possano sottolineare aspetti di incongruenza. Un esempio che possa rendere più semplice la comprensione della finalità dell'inchiesta potrebbe essere il seguente: l'item n.14 domanda: "Quando le accade qualcosa di buono o di cattivo trova difficoltà a descrivere quello che sente?", sia nel caso in cui la risposta ottenuta sarà "sì", sia nel caso in cui sarà "no", verrà chiesto subito dopo di fare degli esempi relativi a situazioni di esperienze sia buone che cattive in cui è accaduto rispettivamente di avere difficoltà nella descrizione dei propri sentimenti, oppure episodi in cui non ne ha avute. Verrà attribuito punteggio "0" se dimostrerà di non aver trovato difficoltà nella descrizione dei suoi sentimenti, punteggio "1" se invece avrà mostrato qualche difficoltà e punteggio "2" se sono state valutate evidenti difficoltà nel compito. Nel caso in cui il soggetto risponda "no" al primo item, ma poi nell'inchiesta dimostri un'incoerenza con tale risposta, il clinico dovrà approfondire con ulteriori domande. Il processo di attribuzione di questi punteggi dev'essere svolto preferibilmente durante l'intervista stessa, solo in casi di estrema necessità in cui è poco chiaro come valutare la



risposta, è possibile farlo in seguito valutando nuovamente i criteri.

Durante l'attività di *scoring* inoltre, è importante che l'intervistatore non si soffermi esclusivamente alla risposta formulata dal paziente, ma che rifletta e si domandi se questa sia frutto di un processo Alessitimico oppure di un meccanismo di difesa. È facile infatti che meccanismi difensivi quali l'inibizione, la repressione e l'evitamento, vengano confusi con i meccanismi Alessitimici, i quali invece comportano deficit delle rappresentazioni mentali delle emozioni. Quindi è fondamentale che l'intervistatore si domandi se la risposta restituita sia davvero il frutto di un deficit di elaborazione cognitiva, oppure se è risultato di un meccanismo di difesa psicologico.

Prima che l'intervista venga somministrata, è di importanza fondamentale che il clinico sottolinei che non esistono risposte "giuste" o "sbagliate" ma solo risposte soggettive, e che le domande che verranno poste riguarderanno il modo attraverso cui vedono se stessi, e come gli altri a loro volta potrebbero farlo (Taylor, et al., 2014).

#### 1.8.4. Altri metodi di valutazione

Alcuni dei test che verranno qui di seguito esposti e descritti non sono stati realizzati appositamente per misurare il costrutto Alessitimico, altri invece seppur destinati a questo, non sono stati costruiti seguendo la metodologia standard richiesta per la creazione dei test, pertanto hanno tutti dimostrato di non possedere adeguati valori di attendibilità e validità in relazione specifica all'Alessitimia e per questo sono tendenzialmente meno utilizzati (Taylor, Bagby, 1988; Taylor, Bagby, Parker, 1997).

##### 1.8.4.1. Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)

La Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) è un test autosomministrato composto da 40 item, con la possibilità, poco diffusa, di utilizzarlo in due forme parallele di 20 item ciascuna da somministrare singolarmente (Vorst, Bermond, 2001).

La scala è costruita in modo tale da ottenere come risultato totale un punteggio che può variare da 40 a 200, dove il punteggio massimo restituisce la presenza di un alto livello Alessitimico presente e la sua struttura è composta da cinque scale fattoriali: l'identificazione delle emozioni (*Identifying*), la verbalizzazione (*Verbalizing*), l'analisi

(*Analysing*), corrispondenti alle dimensioni valutate dalla TAS-20, il fantasticare (*Fantasizing*) che misura la ridotta attività immaginativa, e infine l'emozionalità (*Emotionalizing*) relativa all'attivazione scaturita da situazioni emotive. Grazie a molti studi queste cinque dimensioni possono essere ricondotte generalmente a due fattori: uno Cognitivo, che comprende le prime tre scale, e uno Affettivo che comprende le altre due finali, con caratteristica della scala dell'analisi delle emozioni, sia in realtà presente in entrambi i fattori (Bagby et al., 2009; Bermond et al., 2007; Vorst, Bermond, 2001). Questa struttura a cinque fattori che presenta il BVAQ ha dimostrato una buona attendibilità interna nell'analisi fattoriale, sia nella versione originale olandese, sia in molte altre traduzioni (Morera et al., 2005; Muller, Buhner, Ellgring, 2004; Vorst, Bermond, 2001).

#### 1.8.4.2. Questionari eterovalutati

Il Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) realizzato da Sifneos nel 1973, è stato modificato da Bagby, Taylor, Parker (1994) realizzando una struttura di 12 item da compilare durante le osservazioni in un'intervista semistrutturata. La caratteristica di questo questionario è che 6 degli item formano la subscale della Consapevolezza affettiva (AA, *Affect Awareness*) relativa alle capacità di identificazione e comunicazione dei sentimenti, mentre i restanti formano la subscale del Pensiero operatorio (OT, *Operatory Thinking*) e sono relativi al processo immaginativo e al pensiero verso l'esterno (Taylor, Bagby, Parker, 1997; Taylor, Bagby, Luminet, 2000). Il punteggio totale che questo test restituisce alla fine può variare da un minimo di 12 ad un massimo di 84, dove quest'ultimo segnala un alto e significativo livello di alessitimia. Nell'utilizzo di questo test affinché possa essere stabilita l'attendibilità, è necessaria la presenza di interosservazioni, ovvero, osservazioni condotte da più e diversi intervistatori che somministrano separatamente il BIQ-modificato ad uno stesso campione o che lo stesso campione sia sottoposto al test da diversi clinici separati casualmente tra intervistatori e siglatori. Il BIQ-modificato necessita di tali procedure perché non presenta delle domande d'inchiesta o delle metodologie di siglatura già preimpostate (Bagby, Taylor, Parker, 1994).

Un altro questionario eterovalutato è l'Observer Alexithymia Scale (OAS) è una scala

composta da 33 item. La sua caratteristica è che può essere utilizzata da figure professioniste ma può anche essere somministrata da parenti o persone molto vicine all'intervistato/a (Haviland, Warren, Riggs, 2000). Il punteggio finale che viene restituito varia da 0 a 99 ed è dato in base alle risposte che vengono fornite a cinque sottoscale: la scala della Distanza, intesa come difficoltà alla vicinanza interpersonale, la scala dell'Inconsapevolezza interiore, la scala della Somatizzazione, relativa ad eventuali preoccupazioni rispetto la propria salute fisica, la scala della Carezza del tono emotivo, intesa come carezza di sfaccettature dell'emotività, e infine la scala della Rigidità che si occupa di misurare l'eventuale eccesso di autocontrollo (Haviland et al., 2001). In realtà, nonostante questa composizione a cinque dimensioni sia stata confermata (Haviland et al., 2000, 2001, 2002; Meganck et al., 2010; Yao, Zhu, Haviland, 2005), solo la minoranza degli item riflettono effettivamente le caratteristiche del costrutto dell'alessitimia, la maggior parte invece si occupa di aspetti generali della personalità.

È possibile affermare che la scala OAS correla con la TAS-20, con la BVAQ nel suo formato B (Berthoz et al., 2007; Dorard et al., 2008), con il BIQ-modificato (Haviland et al., 2002) e anche con la TSIA (Meganck et al., 2010, 2011).

Esistono poi anche i Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR), dei criteri diagnostici finalizzati all'identificazione di dodici "sindromi psicosomatiche", di cui tra queste l'alessitimia ne costituisce una categoria diagnostica (DCPR-A), valutati mediante un'intervista strutturata composta da 58 domande (Mangelli et al., 2003). Perché si possa fare diagnosi di Alessitimia è necessaria la presenza di almeno tre caratteristiche sulle sei totali previste dal costrutto e gli autori di questi criteri sottolineano l'importanza di utilizzare le categorie diagnostiche integrandole con misure di tipo dimensionale. Nonostante ciò, la DCPR-A è stata comunque utilizzata anche da sola da alcuni ricercatori italiani (Grandi et al., 2001; Ottolini, Modena, Rigatelli, 2005), per poter valutare la presenza dei diversi livelli di Alessitimia presenti nei loro pazienti. In uno dei molteplici studi fu riscontrato come, in pazienti con disturbi gastrointestinali, che furono classificati come Alessitimici dall'DCPR-A, ottenevano punteggi moderatamente alti poi nella somministrazione della TAS-20, avendo un 70.2% di sensibilità e un 81.6% di specificità (Porcelli, De Carne, 2001).

Infine, Porcelli e Mihura nel 2010 decisero di sviluppare, sulla base dei criteri del Comprehensive System (CS) (Exner, 1993), la Rorschach Alexithymia Scale (RAS), una

scala che deriva dal test di personalità di Rorschach. La RAS ha fatto propri tre variabili del CS: le risposte pure (Form%), i Coping Deficit Index (CDI) e le risposte popolari (Pop). Applicando un modello di regressione, la RAS permette di restituire un punteggio che dimostra esser significativamente correlato con il punteggio ottenuto dalla TAS-20. I due autori sostengono che sia possibile inserirla nella somministrazione del Rorschach CS, nonostante però siano necessari altri studi approfonditi per poterne verificare l'effettiva validità.

In conclusione sono quindi molti e differenti gli strumenti a disposizione dei clinici e dei ricercatori, ma ciò non esclude il fatto che ognuno di questi presenti comunque delle limitazioni, a partire dalle scale autosomministrate che hanno intrinseco il rischio di sottostimare i livelli di gravità alessitimici in quanto riportate da soggetti che sono più o meno incapaci di poter restituire informazioni circa le loro stesse carenze, le interviste strutturate che insieme ai questionari eterosomministrati necessitano di un'alta e costante abilità interosservatore, e infine i test di personalità che richiedono molto tempo da distribuire tra training per la formazione, somministrazione e siglatura. Per questi motivi Taylor e Bagby (2004) sollecitarono i colleghi a usare almeno due strumenti di valutazione che possiedono due metodologie differenti, con la possibilità di selezionare solo coloro che ottengono i punteggi più alti e più bassi in entrambi.

Un altro limite che alcuni di questi strumenti possiedono, come i DCPR (Fava et al., 1995) e il BIQ (Sifneos, 1973), è che essi identificano i pazienti in due categorie, “gli alessitimici” e i “non alessitimici”. Questo è un limite perché come già ricordato precedentemente anche in questo scritto, è stato dimostrato da evidenze empiriche che questo è un costrutto di tipo dimensionale e perciò, organizzato lungo in continuum (Mattila et al., 2010; Parker et al., 2008) (G. J. Taylor, R. M. Bagby, V. Caretti, A. Schimmenti, 2014).

## Capitolo 2: Alessitimia e psico-oncologia

*“Tenevano conto esclusivamente dei fatti e non si quell’inafferabile “altro”  
che poteva nascondersi dietro i fatti,  
così come i cosiddetti “fatti” apparivano loro.  
Io ero un corpo:  
un corpo ammalato da guarire.  
E avevo anche un bel dire:  
ma io sono anche una mente, forse sono anche uno spirito e certo sono un cumulo di  
storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri ed emozioni che con la mia malattia  
hanno probabilmente avuto un sacco a che fare!”  
(Terzani, 2004)*

### 2.1. Alessitimia e psicosomatica

Come è stato già spiegato precedentemente in questo elaborato, e ampiamente discusso recentemente da López-Muñoz e Pérez-Fernández (2020), le prime ipotesi relative all’alessitimia sono ricondotte alla medicina psicosomatica, il cui principio base è che sia nel benessere fisico che nella malattia, le emozioni e la personalità ricoprono un ruolo centrale.

È possibile considerare Sigmund Freud (1856-1939) colui che mise le basi per il modello psicosomatico attuale, in quanto egli affermava che fosse il conflitto intrapsichico a determinare la creazione e lo sviluppo della personalità e delle sue patologie che, causando alti livelli di attivazione emotiva, provocavano danneggiamenti all’organismo di varia entità. Rimanendo comunque come punto di partenza, la difficoltà di trovare elementi empirici a sostegno di tale tesi, ne conseguì tuttavia il suo superamento.

L’alessitimia in questo contesto al principio fu collegata direttamente alla malattia psicosomatica, in quanto i primi pazienti lamentavano dolori somatici, ma con l’approfondimento del costrutto fu chiaro che la relazione diretta non fosse quella giusta:

i pazienti Alessitimici non sempre manifestavano sofferenza psicosomatica, e i pazienti psicosomatici non necessariamente erano Alessitimici.

Attraverso il lavoro di Porcelli (2008), è stato possibile sottolineare che nonostante il costrutto Alessitimico sia cambiato nel corso degli anni verso la teoria delle emozioni e dei disturbi della regolazione affettiva, sembra comunque essere legato a specifici processi di somatizzazione quali l'aumento dell'attivazione del sistema nervoso autonomo simpatico, una minor risposta immunitaria, una maggior esperienza somatosensoriale amplificata, un generale disadattamento e una significativa presenza di comportamenti di malattia.

Nel XIX secolo il legame tra salute, personalità ed emozione iniziò quindi a chiarirsi e questo spinse i diversi autori a cercare ed individuare una relazione bilaterale tra funzioni mentali e stati fisici (Saita, E., 2009).

## 2.2. Alessitimia: stato o tratto di personalità?

L'Alessitimia viene definita come un costrutto multidimensionale che si caratterizza per un deficit cognitivo-affettivo (Vries, et al., 2012). Negli ultimi anni parte della ricerca ha accumulato una serie di risultati che suggeriscono la possibilità che l'Alessitimia abbia un ruolo importante nell'insorgenza e nello sviluppo di problemi di salute psicofisica, tra questi l'abuso di sostanze e la dipendenza da gioco d'azzardo (Taylor, G.J et al., 1990; Parker, J.D. et al., 2004), disturbi alimentari (Jimerson, D.C. et al., 1994; Tayloer, G. J. et al., 1996), disturbi somatici (Porcelli, P., et al., 1999; Waller, E., & Scheidt, 2004), dolore cronico (Pecukonis E. V., 2009), disturbi da stress post traumatico (Yehuda, R., et al., 1997; Frewen, P.A., 2006), disturbi di stress generali (Stone, L. A, & Nielson, K. A., 2001), cancro (Todarello, O., et al., 1989) e molti altri.

Per molto tempo fino ad oggi, in quanto non ancora completamente risolta e condivisa, ha preso vita la discussione circa l'entità dell'Alessitimia come uno stato o un tratto di personalità. L'Alessitimia primaria viene considerata come un tratto, definito dalla teoria della personalità come un insieme di “schemi pervasivi di comportamento che durano nel tempo e nelle situazioni”, e considerato come un fattore di vulnerabilità dell'individuo (Taylor, G. J., Bagby, K., & Parker, J., 1993). L'Alessitimia secondaria è considerata invece come uno stato, come un insieme di “comportamenti temporanei dipendenti dalla

situazione” (Taylor, G. J., et al., 1993) e come un fenomeno causato da un evento traumatico, quale per esempio cancro o esposizione a violenza (Viries, A. D., et al, 2012). Nel contesto oncologico dalla maggior parte dei ricercatori viene condivisa l’ipotesi sulla presenza di una relazione tra la personalità, il cancro e l’effetto disregolatore alessitimico sul sistema immunitario, e che quindi questa possa esser coinvolta nell’insorgenza del cancro (Greenberg, R. P., & Dattore, P. J., 1983; Todarello, O., et al., 1997) un’altra parte minore degli autori invece la considera come una risposta ad una malattia talvolta anche letale.

Nel lavoro di revisione delle ricerche esistenti condotto da Vries et. al, (2012), è stato riscontrato come diversi studi affrontati da tre differenti gruppi hanno confermato l’ipotesi che l’alessitimia potrebbe rappresentare uno dei tratti caratterizzanti della personalità incline allo sviluppo della patologia tumorale (Todarello, O., et al, 1989; Todarello, O., et al., 1994; Todarello, O., et al., 1997; Carta, M., et al., 2000).

Uno di questi gruppi ad esempio (Luminet, O. et al., 2007), ha studiato la presenza di stabilità assoluta e relativa<sup>1</sup> dell’alessitimia in pazienti oncologici prima di un intervento chirurgico e poi dopo sei mesi: i risultati mostrarono una presenza di stabilità relativa ma non assoluta, sostenendo l’ipotesi che l’alessitimia sia un tratto di personalità. Ulteriori dieci studi, sulla base dei dati ottenuti, hanno concluso che l’alessitimia non potesse essere secondaria, in quanto già presente prima dello sviluppo del cancro (Dijk, M. V., et al., 2002; Carta, M., et al., 2000; Ripetti, V., et al., 2008; Servaes, P., et al., 1999; Luminet, O., et al 2007; Dalton, J. A., & Feuerstein, M., 1989). Altri autori hanno osservato come l’alessitimia, influenzando il sistema immunitario, sembri favorire lo sviluppo di displasia cervicale, svolgendo così un ruolo di mediatore tra stress e sviluppo di alcuni tipi di cancro (Todarello, O., et al., 1994; Todarello, O., et al., 1997).

Nessuno degli studi ha supportato l’ipotesi dell’alessitimia come stato, molti invece hanno dimostrato come fosse un tratto di personalità nei pazienti oncologici.

L’implicazione dell’alessitimia nello sviluppo e nel decorso del cancro è stato dimostrato già nel 1989 da Todarello, O., et al., nel corso di uno studio in cui donne con carcinoma mammario mostravano tratti alessitimici più elevati rispetto alle donne nel gruppo di

---

<sup>1</sup>La stabilità assoluta misura i cambiamenti dei punteggi della personalità nel corso del tempo, e generalmente è valutata attraverso il confronto dei punteggi medi ottenuti. La stabilità relativa è la misura in cui le differenze tra gli individui rimangono costanti nel corso del tempo (Porcelli, et al., 2011).

controllo, caratterizzate da una personalità con una immaginazione e una fantasia limitata e una difficoltà significativa nella verbalizzazione delle emozioni, confermando l'alessitimia come uno dei fattori d'esordio di rischio possibili che portano l'aumento della vulnerabilità alla malattia.

Ma nel corso del tempo molteplici studi si sono occupati di questo costrutto in contesto oncologico, concentrandosi su aspetti diversi hanno però tutti trovato una presenza significativa di alessitimia.

Per esempio nel 2005 un gruppo di autori (Epifanio, M. S.; Parello, M. R., Sarno, L.) definì l'alessitimia come un tratto della personalità stabile che entra in contatto con dei meccanismi di difesa immaturi e primitivi<sup>2</sup>. Questo studio si pose come obiettivo quello di valutare la relazione presente tra neoplasie, alessitimia, meccanismi di difesa e stili di *coping* per studiare in questa specifica popolazione sia aspetti intrapsichici, come le capacità di elaborazione e poi di espressione dei sentimenti, che comportamentali, legati alle capacità di gestione delle fonti di stress sia interne che esterne. Nello specifico gli obiettivi prefissati furono valutare la relazione tra:

1. alessitimia e cancro
2. livello di maturità delle difese e stili di *coping* usati
3. alessitimia, meccanismi difensivi e strategie di *coping*.

Per le tre ipotesi fu considerato come fattori di rischio la possibile familiarità della patologia neoplastica, il possibile vissuto di lutti o separazioni o la presenza di altre patologie.

I risultati che ottennero per quanto riguarda il primo obiettivo prefissato furono che il 20,51% della popolazione che aveva ricevuto diagnosi di neoplasia mammaria aveva

---

<sup>2</sup> I meccanismi di difesa possono essere definiti come un insieme di “sentimenti, pensieri o comportamenti tendenzialmente involontari, che sorgono in risposta a percezioni di pericolo per il soggetto e sono finalizzati, in modo più o meno adattivo, a nascondere o alleviare i conflitti o gli agenti stressanti che danno origine ad ansietà o angoscia” (Lingiardi & Madeddu, 2002). I meccanismi di difesa vengono classificati gerarchicamente lungo un continuum ipotetico che vede ai due lati opposti meccanismi immaturi-maturi. Al primo livello è possibile ritrovare le difese narcisistiche-psicotiche: la proiezione delirante, il diniego psicotico e la distorsione della realtà esterna. Il secondo livello è occupato dalle difese immature: la proiezione, l'ipocondriasi, la fantasia schizoide, il comportamento passivo-aggressivo, l'*acting out* e la dissociazione. Al terzo livello ritroviamo le difese nevrotiche: l'isolamento, lo spostamento, la rimozione e la formazione reattiva. Infine all'ultimo livello ci sono le difese mature: l'altruismo, la repressione, l'anticipazione e la sublimazione. Lo sviluppo dell'individuo è accompagnato dall'evoluzione dei suoi meccanismi difensivi dal primo all'ultimo livello (Vaillant, 1977).



mostrato tratti Alessitimici, contro il 4,55% della popolazione che non aveva ottenuto tale diagnosi.

Ottennero poi una correlazione positiva tra il punteggio ottenuto dalla TAS-20 e quello della scala del COPE (Coping Orientation to Problems Experienced) per le strategie di *coping*, che rappresentano le abilità che il soggetto usa per affrontare le problematiche, con l'utilizzo di negazione, distacco comportamentale e mentale.

Per quanto riguarda invece il secondo obiettivo ottennero una correlazione positiva tra i punteggi ottenuti dal DSQ-SF (Defense Style Questionnaire-Short Form) per le difese immature e i punteggi ottenuti al COPE. Principalmente risultano esser utilizzati meccanismi di difesa immaturi quali il distacco comportamentale, la negazione e il distacco mentale. Ulteriori dati ottenuti sono stati quelli di un crescente tratto Alessitimico all'aumentare della gravità della malattia: pazienti con fibroadenoma mostravano l'11,11% di Alessitimia, pazienti con mastopatia fibrocistica il 25%, fino al carcinoma mammario con il 33,33%. È stata poi riscontrata una correlazione significativa e positiva tra punteggi della TAS-20 con il DSQ-SF delle difese immature con i valori più alti nella proiezione, nella somatizzazione, nell'aggressione passiva e nell'*acting out*.

Nel gruppo delle pazienti oncologiche la familiarità per la patologia fu del 58,97%, la presenza di perdite significative del 58,85% con un 69,23% di presenza di altre patologie. In conclusione è dunque possibile confermare anche in questo studio la relazione tra Alessitimia e neoplasia, che evidenziava una crescita con l'aumentare della gravità della malattia. Fu possibile poi confermare la presenza di una relazione tra funzionamento Alessitimico e uno stile difensivo di tipo immaturo come la proiezione, l'*acting out* e la somatizzazione, i quali permettono all'individuo di gestire le emozioni senza mettere in atto un processo di mentalizzazione in quanto vengono attribuite erroneamente agli altri, o agite nel corpo.

Secondo questi risultati ciò non accadrebbe se il soggetto utilizzasse meccanismi di difesa di tipo maturi correlati a strategie di *coping* funzionali quali la pianificazione, l'attività, lo sfogo emozionale, la crescita, la reinterpretazione e l'umorismo.

Un altro studio a tal riguardo fu condotto da Manna G., et al., (2007) su donne con carcinoma mammario basandosi su un modello multi-causale per cui determinati tratti della personalità e fattori psicosociali possano considerarsi come elementi implicati nella crescita e nel decorso della malattia neoplastica. Questi autori considerano tra i fattori

protettivi per queste pazienti oncologiche la capacità di riconoscere ed esprimere le emozioni, un buon supporto sociale e funzionali strategie di *coping*. Di contro considerano fattori di rischio l'inibizione dei sentimenti, l'alessitimia, scarso supporto sociale e strategie di *coping* disfunzionali. In questo preciso studio venne rilevato come l'inibizione ripetuta delle risposte emotive davanti a fattori di stress, possa alterare l'equilibrio dell'organismo portando allo sviluppo di malattie e di diversi stili di *coping* che non sempre sono funzionali. Questa ricerca dimostrò come il 36,4% delle pazienti presentasse tratti alessitimici contro il 2,4% dei soggetti senza cancro, il loro controllo era orientato verso l'esterno, una strategia di *coping* non incentrata sul problema, che porterebbe ad una incapacità di reagire in modo attivo allo stress causato dalla patologia, con una tendenza a sfuggire dai problemi, ad arrestare l'aggressività e all'utilizzo di meccanismi di difesa quali la negazione o la repressione.

In un altro studio (Sideli, L., et al, 2016) si valutò l'effetto che l'alessitimia e i meccanismi di difesa di pazienti con diagnosi di carcinoma mammario avessero sulla loro qualità della vita. L'alessitimia in queste ricerche viene definita come un tratto di personalità relativamente stabile in quanto influenzabile da situazioni di stress (Porcelli et al., 1996; Lauriola et al., 2011). I risultati ottenuti furono che le caratteristiche dell'alessitimia di difficoltà di identificazione ed elaborazione dei sentimenti, aumentavano il dolore, il quale portava ad utilizzare strategie disfunzionali per l'adattamento, con conseguenze significativamente negative sulla qualità della vita. Altre caratteristiche che riscontrarono furono l'utilizzo di meccanismi di difesa quali la negazione, la repressione, l'isolamento e la razionalizzazione, coerentemente con gli studi che affermano che questo tipo di pazienti con cancro al seno abbiano una propensione all'inibizione dei sentimenti e ad avere un ipercontrollo, soprattutto quando ciò implica la rinuncia ai loro bisogni personali (Aragona, M., et al, 1996; Grassi, L., et al., 2013). Ciò che sembra quindi emergere è che alessitimia e meccanismi di difesa disfunzionali compromettono la qualità della vita dei pazienti, suggerendo così la necessità di messa a punto di interventi psicologici per il miglioramento di questi aspetti.

Ma ciò è stato confermato da ulteriori studi anche più recenti (Okanlini, A., et al., 2018), in cui raccogliendo dati da un campione di circa trecento pazienti, viene confermato che il 50,5% mostrava la presenza di alessitimia, con percezione più forte degli esiti negativi

della malattia e delle teorie a riguardo più pessimiste, incitando ricerche per la realizzazione di interventi psicosociali a favore di un miglioramento della positività.

Nonostante il cancro, come una qualsiasi altra malattia, veda implicata l'influenza non solo di fattori biologici ma anche psicologici, la certezza esclusiva sulla possibilità che l'alessitimia sia un tratto di personalità non ancora è possibile averla, in quanto comunque è sempre da considerare il fatto che alessitimia primaria e secondaria non si escludano a vicenda (Saita, E., 2009).

### 2.3. La psico-oncologia

L'anno in cui viene ricondotta la nascita della psico-oncologia è il 1980, quando l'American Cancer Society riconosce alla comunità medica la necessità di delineare un processo di integrazione tra scienze psichiatriche, psicologiche e oncologiche per la lotta contro il cancro.

Benché ufficialmente e formalmente questo sia il punto d'origine della psico-oncologia, in realtà, l'alleanza tra la psiche e l'organico risale ben più lontano. Già nel secondo secolo d.C. Claudio Galeno infatti, nella sua teoria umorale<sup>3</sup>, intuì come le donne avessero più probabilità di sviluppare un carcinoma mammario se possedevano un temperamento melanconico, rispetto alle donne con temperamento sanguigno. Secondo la sua teoria la bile nera era collegata allo sviluppo della malattia neoplastica, nella quale l'umore giocava un ruolo centrale in quanto fattore di rischio di tale insorgenza. Con la teoria dualistica, Cartesio (1596-1650), influenzò radicalmente il mondo scientifico determinando una visione organicista della malattia, che nel XIX secolo, grazie ai perfezionamenti delle tecniche diagnostiche e di intervento, venne determinata con maggior forza la separazione tra psiche e soma. Solo intorno agli anni Trenta si inizia a intravedere lo sviluppo di una concezione multidimensionale.

Un primo approccio speculativo vede la causa del cancro in un conflitto intrapsichico che non è stato risolto, attribuendo alla malattia un significato simbolico. Freud (1920)

---

<sup>3</sup>Galeno ed Ippocrate nell'antica Grecia elaborarono la Teoria Umorale. Veniva ipotizzata l'esistenza di quattro elementi o umori: la bile nera, la bile gialla, il flegma e il sangue, per cui il loro equilibrio determinava il corretto funzionamento dell'organismo. L'eccesso di bile nera, infatti, causava un temperamento malinconico, triste, un eccesso di bile gialla invece rendeva l'individuo irascibile, l'eccesso del flegma lo rendeva lento e pigro ed infine l'eccesso di sangue portava la persona ad essere allegra (Oasi, 2017).

attribuisce alle cellule geminali e cancerogene un riconoscimento narcisistico in quanto terrebbero per sé la libido. Groddeck (1966) considera il cancro come una creazione da parte dell'Es dell'individuo, come il risultato di un processo di simbolizzazione con significato che è specifico per ogni soggetto, rendendolo artefice della sua patologia. Reich (1948) considera come causa del tumore invece l'impossibilità di scarica delle cellule, le quali vivono una condizione di sovraccarico energetico a causa di una frustrazione della pulsione sessuale che le condurrebbe alla morte. Fornari (1985) infine sostiene che la malattia tumorale sia il frutto di una pazzia cellulare dovuta da una "depressione dell'anima", che porta all'incapacità dell'organismo di riconoscere le cellule proprie da quelle estranee, percependo in entrambi i modi contemporaneamente quelle cancerogene, che vengono attaccate in quanto estranee ma anche protette in quanto proprie, conducendo ad un "suicidio biologico".

Un secondo approccio speculativo ipotizza la patologia neoplastica come il risultato dell'arresto alla fase pregenitale nello sviluppo libidico.

Tra questi autori per esempio, Evans (1926) teorizzò la presenza di una personalità vulnerabile alla malattia tumorale, la quale sarebbe determinata da una reazione dovuta dalla perdita dell'oggetto amato, che svilupperebbe una struttura psicosomatica caratterizzata da concretezza di pensiero, incapacità relazionale e di elaborazione emotiva. LeShan (LeShan & Worthington, 1965) fu il primo a ricercare evidenze a sostegno dell'ipotesi che perdite e separazioni possano causare l'insorgenza di neoplasie, ottenendo come risultato un 71% di casi in cui questo era evidenziato. Egli considerò anche l'adolescenza come quella fase della vita in cui l'individuo ottiene una seconda possibilità di creare e instaurare un nuovo legame affettivo, ma nei soggetti studiati da LeShan, la vita ha portato anche la perdita di questa opportunità. Dai suoi studi ottenne dimostrazioni statistiche sul fatto che la percentuale di mortalità per cancro è:

- più alta per individui sposati con figli
- correlata allo status maritale delle donne
- più frequente nella seconda generazione di immigrati
- più alta nelle popolazioni in guerra
- più alta negli schizofrenici paranoidei.

Queste ricerche gli permisero di giungere alla conclusione della presenza di un legame tra eventi psicologici e patologia tumorale.

I limiti presenti in queste ipotesi, tra i quali, la mancanza di spiegazione sulla motivazione per cui una rottura avrebbe tali effetti negativi per alcuni piuttosto che per altri, ha portato l'indagine su altre variabili, quali la personalità, i meccanismi di difesa e così via. (Saita, E., 2009).

#### 2.4. La malattia terminale

Nell'individuo la malattia terminale è dichiarata nel momento in cui è presente un'irreversibile alterazione del funzionamento dei suoi organi e degli apparati che compromette il processo fondamentale per la sopravvivenza: l'autoregolazione, portando ad un deterioramento che ha fine con la morte. Il "processo del morire" è quel periodo di tempo che intercorre tra la diagnosi terminale e l'evento della morte, e seppur differente per ogni singolo individuo, per tutti è il tempo del "dolore totale" (Toscani, 1997), caratterizzato da diverse tipologie di sofferenza: quella fisica data dall'avanzamento della malattia, la sofferenza psicologica per le difficoltà di adattamento e di elaborazione dell'evento, il dolore economico (Selvini, 1989) dovuto dalle spese per la lotta contro il cancro, la sofferenza sociale per la perdita dei propri ruoli nella famiglia e nella società, la sofferenza spirituale verso la quale il paziente ha indirizzato la sua vita e dai quali si può sentire tradito e abbandonato ed infine la sofferenza dell'altro per la propria condizione.

Nonostante l'inevitabile esperienza di sofferenza e paura della morte, con il tempo si è cercato di modificare l'approccio nei confronti di questa e di chi la sta per sperimentare: aiutare non è più visto nella singola visione di guarigione, ma nella possibilità di "prendersi cura" di chi sta sperimentando l'esperienza di malattia e di morte.

Per fare questo si è cercato di fare maggiore attenzione al concetto di Qualità della Vita (QoL), definito dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come quella "percezione soggettiva che gli individui hanno della loro posizione nella vita, nel contesto della cultura e del sistema di valori nel quale vivono e in relazione ai propri obiettivi, alle aspettative, agli standard di riferimento e alle preoccupazioni" (Saita, E., 2009). La qualità della vita non è un concetto che si limita alla semplice misurazione oggettiva, ma si concentra piuttosto sulla soddisfazione soggettiva percepita rispetto al livello della qualità vissuta.

Sono stati ricercati e individuati una serie di fattori di rischio che potrebbero aumentare la vulnerabilità alla malattia neoplastica e fattori che invece potrebbero di contro favorire un buon adattamento ad essa. Il risultato è una rete di interazioni significativamente ricca e reciproca.

Tali fattori sono:

### 1. Fattori demografici

Questi fattori possono essere l'età, il sesso e lo stato civile.

Sono infatti presenti delle differenze d'età. Le persone più anziane sembrano sviluppare meno problemi psicologici ma più difficoltà di adattamenti ai limiti della malattia e del trattamento. I ragazzi giovani invece al contrario mostrano una più alta e frequente presenza di problemi psicologici e una più bassa difficoltà di adattamento. Un esempio legato a questo fattore demografico è rappresentato da donne con tumore al seno, le quali vivono in modo differente la diagnosi a livello emotivo in base all'età, le più giovani sembrano infatti più vulnerabili in quanto la malattia e i trattamenti vanno a modificare l'immagine corporea della donna, legata alla sessualità, all'attrattività e alla gravidanza.

Il sesso è il secondo fattore demografico, il quale però mostra dei risultati discordanti dai diversi studi e dalle diverse ricerche condotte.

Lo stato civile è l'ultimo fattore demografico, il quale ha mostrato una relazione debole con la vulnerabilità. Sembra avere maggiori implicazioni invece la percezione che il paziente ha della qualità delle relazioni interpersonali e non lo stato civile di queste.

### 2. Anamnesi psichiatrica

La presenza di un'anamnesi psichiatrica è un fattore di rischio che può esporre i pazienti oncologici ad una sintomatologia depressiva (Massie, Holland, 1990; Freer et al., 1993; Harrison, Maguire, 1994; McDaniel et al., 1995; Torta, Mussa, 1997), configurandosi come vulnerabilità nell'adattamento ad una situazione stressante come quella della diagnosi e della cura del cancro (Goldberg, 1981), manifestandosi in modo ancora più elevato se la percezione del supporto sociale è scarsa (Bloom, 1986; Maunsell et al., 1993; Pinder et al., 1994).

### 3. Tipologia della malattia

La diagnosi di un tumore solido e circoscritto ad un unico organo con la possibilità di asportazione infatti porta ad una reazione diversa rispetto a diagnosi di un tumore sistemico che è diffuso in tutto l'organismo.

Oltre al tipo di malattia, è significativa anche la variabile della severità della neoplasia e il malessere o il benessere fisico che comporta, con particolare attenzione anche dalla percezione che il paziente ha del danno che ha subito.

La capacità del soggetto di affrontare ed elaborare la malattia sono dovute ad altre due variabili: le caratteristiche del tumore, quindi la localizzazione, la gravità, la fase, il tipo di trattamento, e in secondo luogo, i limiti che il cancro impone al raggiungimento degli obiettivi di un possibile ripristino della salute (Borio, Giannotti, Torta, 1990).

È altrettanto necessario tenere in considerazione anche il decorso della patologia e le tipologie dei trattamenti all'interno dei quali è utile distinguere e rilevare l'adattamento psicologico all'intervento chirurgico e gli effetti dovuti dalle terapie adiuvanti come la chemioterapia e la radioterapia.

#### 4. Life events

Dai risultati fino ad ora ottenuti parrebbe che lo stress di eventi di vita negativi non sembrerebbe causa diretta dell'insorgenza di una malattia neoplastica, ma attiverebbe l'accelerazione dello sviluppo di lesioni che altrimenti rimarrebbero silenti, indebolendo il sistema immunitario (Biondi et al., 1996).

#### 5. Fattori ambientali

La maggior parte degli studi sostiene che la presenza di un buon supporto sociale sia una delle variabili più predittive dell'adattamento psicologico alla neoplasia (Goldberg, 1981; Bukberg et al., 1984; Sinsheimer, Holland, 1987; Broadhead, Kaplan, 1991; Harrison, Maguire, 1994; Pinder et al., 1994; Torta, Mussa, 1997).

Sono due le ipotesi maggiormente condivise: l'ipotesi "dell'effetto diretto" e quella "dell'effetto *buffer*". La prima afferma che il supporto sociale sia sempre positivo e benefico, la seconda invece sostiene che i benefici siano solo durante periodi di difficoltà e di stress perché forniscono al soggetto le risorse di cui ha bisogno per fronteggiare l'evento stressante.

Non è comunque possibile però prescindere dalle caratteristiche di personalità e dagli stili di *coping* adottati dagli individui. Infatti, coloro che utilizzano un *locus of control* esterno trarrebbero maggiori benefici dall'effetto *buffer*, coloro che invece utilizzano un *locus of control* interno sembrerebbero maggiormente capaci di affrontare gli *stressor* con una minor sintomatologia anche senza alti livelli di supporto sociale (Dalgard et al., 1995).

#### 6. Fattori di personalità

Anche se ancora attualmente non è ben chiaro e definito, il costrutto di personalità sembra essere un fattore determinante nell'adattamento alla neoplasia.

Gli studi sui profili di personalità tipici di pazienti oncologici sono nati nel 1985 quando Temoshok ed Heller individuarono e descrissero la personalità di tipo C. I tratti che contraddistinguono questo tipo di personalità sono:

- il conformismo
- la ricerca di approvazione sociale per la quale ha una tendenza a modificare la propria immagine
- *locus of control* esterno
- soppressione delle reazioni e delle risposte emotive
- passività e accondiscendenza
- minor capacità di socializzazione
- ridotta intimità affettiva, soprattutto nei confronti dei genitori.

La personalità di tipo C è stata sottoposta a procedure sperimentali di validazione (Kneier, Temoshok, 1984; Temoshok et al., 1985) tanto che è stata formalizzata poi nel costrutto del Cancer Prone Personality: “un pattern di atteggiamenti, caratteristiche cognitive ed emozionali, modalità espressive verbali e non verbali, specifiche strategie di *coping* e più generali aspetti di personalità che rendono l'individuo maggiormente vulnerabile allo sviluppo di patologie neoplastiche” (Grassi, 1987). Diversi altri autori (Watson et al., 1985; Morris et al., 1981) hanno poi convalidato i risultati ottenuti, confermando il ruolo centrale della repressione di sentimenti di rabbia e aggressività che porta ad un ipercontrollo emotivo che si tramuterebbe in una iperattivazione del sistema neurovegetativo che con il passare del tempo porterebbe all'inefficienza della risposta immunitaria.

Autori come Grossarth-Maticek e collaboratori (1982) studiarono longitudinalmente un gruppo di persone inizialmente sane per arrivare a descrivere un “*pattern* evolutivo” caratterizzante i pazienti di neoplasie. I risultati che ottennero furono la presenza di un apprendimento di queste persone nell'infanzia a reprimere le manifestazioni emotive a causa di un clima familiare freddo, indifferente, fortemente inibitore verso la spontaneità del figlio, portando allo sviluppo di uno stile comunicativo chiamato di “conservazione-evitamento”, caratterizzato da assertività e passività.



Come affermato dal modello teorico di Lydia Temoshok (Temoshok et al., 1985; Temoshok, 1987) la soppressione delle emozioni e lo stile di *coping* centrato sulla tendenza di differire i propri bisogni a favore di quelli altrui, sono i fattori principali che aumenterebbero il rischio di insorgenza di carcinoma mammario (BC) nelle donne. Qualche anno in seguito alcuni autori (Eskelinen, M., Ollonen, P., 2011), hanno esaminato proprio tali caratteristiche in un campione di donne con sintomi al seno a cui sottoposero un test dell'impegno dimostrando come queste pazienti oncologiche di BC rimandassero i loro bisogni e desideri a favore di quelli altrui con comportamenti più socialmente desiderabili.

La personalità di Tipo C si posizionerebbe lungo un continuum all'opposto del quale si troverebbe la personalità di Tipo A, completamente opposta rispetto alla prima e caratterizzata da tratti quali la competitività, la mancanza di capacità nella gestione delle emozioni e costante e marcata aggressività manifesta, che porterebbe questo tipo di soggetto ad avere una predisposizione per le malattie cardio-circolatorie, definendola Coronary-prone personality (Giampaolo, S., et al., 2015).

Nonostante i risultati fino ad ora ottenuti sembrano dimostrare una relazione tra personalità di Tipo C e malattia neoplastica, la sua complessità è talmente tanto alta, con talmente tante variabili coinvolte, che non ancora è possibile stabilire una conferma causale (Trombini, Baldoni, 1999).

In conclusione, nonostante i significativi risultati ottenuti, è necessario sottolineare che non è possibile confermare la presenza di una relazione diretta di causa-effetto, in quanto tra i fenomeni psicologici e quelli fisiologici c'è di certo un rapporto di complementarietà (Saita, E., 2009).

Inoltre, se i soggetti riuscissero invece ad utilizzare uno stile di *coping* che permettesse loro di fronteggiare un problema senza evitarlo, a esprimere e riconoscere i loro sentimenti in modo libero, a imparare a contare sulle loro reti di sostegno, potrebbe aprirsi uno spiraglio di possibilità di prevenzione al cancro e di una lotta contro questo che risulti vincente (Saita, E., 2009; Giampaolo, S., et al., 2015).

Dunque in conclusione sulla base di quanto riportato in questo secondo capitolo, l'alessitimia attualmente, dalla maggior parte dei risultati ottenuti dalle ricerche, è definibile come un tratto di personalità, il quale, con il suo effetto disregolatore sul sistema immunitario, giocherebbe un ruolo significativo nell'insorgenza del cancro. A

questo proposito è infatti condivisa e supportata l'ipotesi per cui esista una struttura di personalità incline al cancro, chiamata personalità di Tipo C.

Se si allargasse lo sguardo ad un quadro più ampio e completo, si potrebbe osservare come le caratteristiche trovate nei due diversi costrutti, si intersechino tra di loro, combaciando e mostrando come questi in realtà non siano così lontani.

Possiamo rilevare infatti un soggetto che ha difficoltà nella risposta emotiva, caratterizzato in particolar modo da un ipercontrollo emotivo, soprattutto per quanto riguarda l'aggressività e la rabbia, una significativa passività e assertività, un *locus of control* esterno e strategie di *coping* non incentrate sui problemi, in cui vi è una tendenza a fuggire da questi, dai propri impegni e desideri, antepoendo ad essi quelli altrui, e con meccanismi di difesa quali la repressione e la negazione.

Per queste persone la qualità della vita è particolarmente compromessa, soprattutto a causa di una mancanza di attenzione all'aspetto psicologico nel contesto oncologico, e da un ridotto supporto sociale percepito dall'individuo.

Per questo motivo risulta necessario modificare l'atteggiamento nei confronti dei pazienti oncologici, non limitandosi solamente alla guarigione ma anche all'atto di prendersi cura di loro, migliorandone la qualità della vita, lavorando su possibilità di intervento psicologico e di accrescimento del supporto sociale.

## Capitolo 3: Possibilità di interventi

### 3.1. Le cure palliative

La matrice etimologica del termine “palliativo” risale dal latino *pallium* che letteralmente significa “mantello”, il quale copre e protegge il paziente oncologico, rimandando all’obiettivo principale di tale cura: quella di tutelare e promuovere il beneficio sia fisico, riportando all’idea dell’atto di scaldare con una coperta chi soffre, che psicologico, rimandando all’immagine di protezione.

La cura palliativa è differente rispetto alla maggior parte degli interventi della medicina classica, non si occupa di guarigione ma di aiutare a migliorare la qualità della vita che ancora resta da vivere.

La nascita delle cure palliative risale negli anni Ottanta quando la Fondazione Floriani di Milano e il Servizio di Terapia del Dolore dell’Istituto Nazionale dei Tumori diedero vita ad un’iniziativa condivisa (Toscani, 1997). Per la prima volta sul malato di cancro non vengono effettuate solo terapie sintomatiche, concentrate esclusivamente sul controllo dei sintomi prescindendo dalle cause, ma vengono inserite anche le cure palliative, definite come approcci multidisciplinari rivolte non solo al malato ma anche alla famiglia e all’*équipe*. Infatti Corli (1988) considera questi tre elementi come fondamentali così come lo sono le gambe di uno sgabello: se dovesse mancare anche solo una, l’intero sistema cadrebbe.

Il rapporto con la famiglia è dunque la condizione preliminare del trattamento, la quale spesso è quella che richiede l’intervento e che a sua volta poi ne diventa destinataria, in quanto le cure palliative assumono valore anche in base agli effetti che riscuotono all’interno di questa. Il contesto familiare è poi inoltre il luogo in cui si costruisce la maggior parte del significato dell’intervento palliativo. Infatti per raggiungere l’obiettivo primario di cura e di miglioramento della qualità della vita del paziente, è necessario aiutare la famiglia a riconoscersi come fonte di cura e sostegno principale, sulla base del presupposto che sostenendo i familiari significativi anche indirettamente sul malato.

Le cure palliative hanno tre diversi effetti: sul paziente, sulla famiglia e in relazione all'elaborazione del lutto.

Il primo effetto mostra come questi trattamenti portino ad un miglioramento della qualità della vita, con una riduzione del dolore e della sintomatologia controllata e talvolta anche ad una dilatazione del tempo di vita rimanente dato proprio dalla riduzione dei sintomi che contribuirebbero a preservare le ultime risorse vitali. Il secondo effetto è dato dall'aiuto che l'*équipe* fornisce alla famiglia nel ritrovare e riattivare le risorse nascoste o dimenticate, supportandola a mantenere sempre un ruolo attivo nella relazione con il paziente. L'ultimo effetto è quello relativo al processo di elaborazione del lutto. Alcuni operatori affermano che tale processo in realtà avvenga ben prima l'effettivo evento, iniziando proprio nel momento in cui richiedono l'intervento palliativo, in quanto associato all'inevitabilità della perdita, a cui non è possibile giungere senza un minimo livello di consapevolezza, così come non finirà certamente in corrispondenza del lutto. Le cure palliative permettono un lavoro con la famiglia che va in due direzioni: innanzitutto permette loro di ottenere informazioni specifiche e rassicuranti sull'avvicinamento della fine e in secondo luogo offrono loro degli spazi e dei momenti di espressione e condivisione dei loro sentimenti di dolore, rimanendo sempre sostenuti dagli operatori nella loro relazione con il paziente e nella progettazione della vita dopo l'evento. Proprio su quest'ultimo aspetto gli operatori esprimono il loro rammarico in quanto a livello istituzionale l'intervento palliativo si conclude con il decesso del paziente, avvertendo questo limite come ingiusto nei confronti dei famigliari, tanto che talvolta il rapporto continua al di fuori del contesto ospedaliero e/o in modo informale (Saita, 2009).

### 3.2. Il supporto sociale

“Questo è l'enigma che dobbiamo cercare di decifrare:

l'uomo e la donna sono le due metà di un intero e, pertanto, hanno bisogno di stare assieme per completarsi, oppure è proprio perché non potranno mai completarsi del tutto che hanno bisogno di stare assieme?

Secondo gli alchimisti uno diventa due, due diventa tre e dal tre nasce l'uno come

quarto. Dunque l'individuo è sia unità che molteplicità, ha dentro di sé una sorta di comunità psichica, ma al tempo stesso è anche unico, cioè indiviso.

Così l'uno cerca il suo per creare il molteplice e ritornare all'unità.

Tra l'"io" e il "noi", il "due" rappresentato dalla coppia costituisce un terreno privilegiato per l'evoluzione della persona. La coppia diventa dunque il fulcro del nostro processo di individuazione.

La sfida della coppia è appunto questa: come essere in due rimanendo se stessi.

Una coppia è tanto più sana quanto più è in grado di favorire l'evoluzione dei due elementi che la compongono, insieme all'evoluzione del terzo elemento, la relazione tra i due.

L'equazione dell'amore si sposta dunque dalla linearità della formula  $\frac{1}{2} + \frac{1}{2} = 1$  alla complessità della formula  $1+1=3$ ".

(Saita, 2009)

Da molto tempo ricercatori si occupano di ritrovare e studiare le motivazioni per cui le persone tendono a ricercare la compagnia di altri affini. Nel pensiero freudiano, ad esempio, considerare l'individuo come isolato è "un'astrazione priva di realtà" (Musatti, 1998), per la psicologia evoluzionistica si sviluppa un comportamento altruistico vero e proprio negli esseri viventi perché permette loro di garantire la sopravvivenza della propria prole e quindi del loro patrimonio genetico.

Se le possibili spiegazioni sulle motivazioni sono molteplici, lo sono altrettanto le circostanze in cui viene sentito il bisogno di affiliazione, ovvero quella necessità di instaurare e mantenere delle relazioni affettive con le altre persone che siano positive (Schachter, 1959). Ed è proprio in quelle condizioni in cui la salute o la vita dell'individuo vengono minacciate che il bisogno di avere qualcuno di caro che possa dare un aiuto concreto con le informazioni giuste per come affrontare la situazione, o con la disponibilità a farsi carico di una parte del proprio peso, diventa ancora più forte.

Il sostegno sociale può essere dunque definito come un costrutto multidimensionale caratterizzato dall'insieme di sostegni sia pratici che affettivi provenienti da relazioni interpersonali che permettono all'individuo di mantenere un'integrità fisica e psicologica (Bloom, Spiegel, 1984; Bodenmann, 1995; Caplan, 1974; Zautra et al., 2000; Dougall et al., 2001; Trunzo, Pinto, 2003).

Il supporto sociale si manifesta in tre diverse forme (Kayser, 2005):

1. informativo: offre informazioni e conoscenze sulla modalità di affrontare l'evento problematico
2. strumentale: l'aiuto che viene messo a disposizione è concreto
3. emozionale: permette di non far sentire solo colui che ha bisogno di aiuto attraverso la comprensione e la presenza.

Il supporto sociale quindi si rivela esser un fattore fondamentale anche nel contesto oncologico e Dakof e Taylor (1990) sostengono che a seconda della fase in cui il paziente si ritrova, si possa privilegiare una forma di supporto sociale specifica. Nel momento della diagnosi solitamente prevale il tipo informativo, nello stadio del trattamento invece prevale quello strumentale e nella fase terminale, ancor di più che in tutto il resto del percorso, si predilige il supporto di tipo emotivo.

Chiaramente la semplice presenza di un contatto intimo non necessariamente è sufficiente perché questo svolga il ruolo di sostegno sociale, è infatti l'investimento nella relazione e la sua qualità percepita dal soggetto a determinare l'effetto supportivo. A tale proposito è sicuramente il sistema naturale di sostegno ad essere la prima rete sociale rilevante, ma è altrettanto vero che non tutte le famiglie sono in grado o desiderano ricoprire questo ruolo. Risulta quindi utile indagare la possibilità della presenza di sistemi non naturali e quindi costituiti da amici, colleghi o dallo staff medico. La letteratura su donne con cancro al seno comunica come le amiche vengano percepite più sincere nell'aiuto fornito rispetto ai familiari che lo farebbero solamente perché tenuti a farlo in onore del legame genetico. Allo stesso modo è altrettanto vero che gli amici potrebbero allentare il legame fino all'abbandono in seguito la diagnosi. Per queste ragioni Kayser (2005) ha proposto il fenomeno dello *stress-coping cascade* secondo il quale, quando una specifica strategia di *coping* non risulta più funzionale perché si esaurisce, l'individuo tenderà a ricercare una fonte di supporto sempre più esterno dal suo nucleo naturale fino a che non troverà quella adatta per far fronte alla crisi, giungendo talvolta fino alla figura professionale.

L'ipotesi generale è che la presenza di questo tipo di supporto favorirebbe l'attivazione delle risorse psicologiche dell'individuo rendendolo capace di gestire il suo dolore e le sue difficoltà, inoltre sembrerebbe avere anche un significativo effetto sulle capacità dell'organismo di opporsi alla malattia, incidendo sul sistema endocrino, su quello immunitario e sul sistema nervoso autonomo (Cacioppo et al, 1998). Questa ipotesi

benefica del supporto sociale è stata confermata da diverse evidenze empiriche in cui è stato dimostrato che la carenza di queste interazioni rappresenti uno dei fattori a rischio più alti (Revenson, 2003), nello specifico, ad esempio, ciò è stato convalidato in uno studio condotto sui *long survivors*, ovvero su coloro che sono ancora in vita dopo cinque anni dalla diagnosi, nei quali uno scarso supporto sociale si è rivelato essere il principale fattore di disadattamento (Manne et al., 2005), e tra i molti altri studi condotti a riguardo, è stato rilevato anche che in generale un alto tasso di mortalità è dovuto come conseguenza da relazioni qualitativamente o quantitativamente scarse (Kissane et al., 2007). In aggiunta, nel contesto oncologico, Reynolds e Kaplan (1990) hanno esaminato 6.000 soggetti adulti e i risultati ottenuti sono stati di donne che se isolate socialmente rischiavano un più elevato pericolo di morire di cancro, al contrario Waxler-Morrison e coll (1995) ha ottenuto risultati secondo i quali il supporto di parenti, amici, vicini di casa e in generale reti di supporto più ampi, erano correlati positivamente ad un maggior periodo di sopravvivenza (Saita, 2009).

Bozo, Tathan & Yilmaz (2014) hanno condotto un recente studio sulla possibile relazione tra la qualità della vita (QoL), la personalità di Tipo C e il supporto sociale su pazienti con cancro al seno.

Come già riportato, la personalità di Tipo C avrebbe un ruolo nello sviluppo del cancro dato il suo effetto sul sistema immunitario (Kurras, 2004). La prima relazione che si sono occupati di indagare era quella tra personalità di Tipo C e bassi livelli di QoL.

La qualità della vita viene utilizzata come misura per studiare i cambiamenti e le differenze che il paziente oncologico sperimenta nel corso della progressione della malattia, presupponendo che la diagnosi di cancro influenzi negativamente il benessere psicologico, fisico e interpersonale. I risultati ottenuti non hanno supportato l'ipotesi secondo la quale vi sia una relazione diretta tra la personalità di Tipo C e livelli della qualità della vita più bassi, suggerendo la presenza di moderatori.

La seconda ipotesi era relativa alla possibilità che le pazienti con neoplasia mammaria e con un minor supporto sociale mostrassero livelli della qualità della vita più bassi.

Questa ipotesi è stata supportata e si è rivelata coerente e congruente alla letteratura già esistente per cui ci sia una relazione positiva tra il sostegno sociale e la salute sia fisiologica ma anche psicologica (Bloom et al. 2001; House et al. 1988; Goldberg et al. 1985; Kornblith et al. 2001; Christenfeld et al. 1997; Kessler et al. 1985), e di

conseguenza con un effetto sulla QoL (Courtens et al. 1996; Sammarco 2008a; Matthews e Cook 2009; Arora et al. Lim e zebreck 2008; Sammarco e Konecny 2008b; Ogce et al. 2007; Tan e Karabulutlu, 2005).

La terza e ultima ipotesi che è stata indagata era sulla possibilità che la personalità di Tipo C in pazienti che percepivano un basso supporto sociale avesse effetti sul livello della qualità della vita.

Anche questa ipotesi è stata supportata, confermando il ruolo del sostegno sociale come moderatore nella relazione tra la personalità C e QoL. Infatti quando le pazienti con alte caratteristiche di personalità incline al cancro percepivano un alto supporto sociale, mostravano livelli della qualità della vita significativamente più elevati rispetto a quando il sostegno percepito era scarso. Anche questi risultati sono coerenti e congruenti con la letteratura già esistente, la quale afferma che il supporto sociale sia in grado di ridurre gli effetti negativi di eventi critici e stressanti come il cancro (Hegelson e Cohen 1996).

Esattamente proprio come affermato dall'ipotesi *stress-buffering* di Cohen e Wills (1985), il supporto sociale agisce positivamente sulla salute in quanto costituisce una barriera protettiva tra l'individuo e le difficoltà, donando beneficio soprattutto nelle situazioni di alto stress. In questo modo le caratteristiche della personalità di Tipo C producono effetti negativi sulla qualità della vita solamente in casi di uno scarso livello di supporto sociale percepito.

Questo tipo di pazienti però ha difficoltà nel condividere il disagio e le emozioni negative e la difficoltà psicologica che provano legate alla loro malattia e per questo spesso non chiedono aiuto per non diventare o sentirsi un peso per gli altri.

Risulta quindi essenziale informare i pazienti con uno scarso supporto sull'importanza dei contatti stretti e sensibilizzare i medici ad attivare e a facilitare le reti sociali, gli spazi e le possibilità di espressione, realizzando degli interventi appropriati e mirati al potenziamento e al miglioramento di questi aspetti.

### 3.3. Interventi psicologici

Il percorso e il decorso della malattia oncologica è caratterizzato da più e diverse fasi che richiedono interventi differenti a seconda dei bisogni e delle difficoltà che sta affrontando il paziente. Per fornire un aiuto il più concreto possibile è necessaria un'integrazione tra



interventi di *counseling*, ovvero mirati al potenziamento delle risorse relazionali e intrapsichiche, di mediazione e di psicoterapia. Affinché ai pazienti vengano proposti interventi adatti nello specifico a lui e ai suoi familiari che siano anche di natura terapeutica, è necessario che le figure professionali con competenze psicologiche vengano inserite nel contesto sanitario (Saita, 2009).

### 3.3.1. Intervento con la coppia: il supporto reciproco

La reazione comune davanti a situazioni potenzialmente pericolose, come la diagnosi di cancro, è quella di ricercare la vicinanza emotiva delle persone care (Hart et al., 2005). Ma se da un lato si vive questa necessità di poter fare totale affidamento su un'altra persona, dall'altro lato contemporaneamente, nasce altrettanta necessità di proteggerla dalla sofferenza (D'Errico et al., 2000).

Il supporto reciproco è spesso il fattore protettivo che permette un miglior adattamento alla malattia. Infatti, in base alle reazioni del partner, il paziente ha un'elaborazione cognitiva e dà un'attribuzione di significato differente all'evento della malattia. Questa poi influenza il senso di autostima, risorsa personale fondamentale, gli stili di *coping* e le capacità di adattamento a lungo termine (Manne et al., 1999a; Manne et al., 1999b;). Studi su donne con cancro alle ovaie e con partner che hanno avuto una reazione non supportiva hanno riscontrato un indebolimento della propria autostima e delle capacità di adattamento (Norton et al., 2005).

Viene così introdotta l'idea del *coping* di coppia: quel sostegno reciproco che permette alla coppia di ottenere un senso di unità, sviluppando pensieri e modalità di risposta che facciano fronte alla criticità della situazione (Revenson, 1994; Bodenmann, 1997; Scott et al., 2004; Kayser et al., 2007). Questo tipo di *coping* è caratterizzato dal fatto che i due *partner* abbiano un approccio comune nei comportamenti di *coping* e da una comunicazione che consenta di vivere la malattia come un problema di entrambe le parti (Lyons, et al 1998; Shapiro et al., 2000). L'efficacia del *coping* di coppia risiede proprio in una capacità comunicativa empatica che sia in grado di nutrire l'intimità e la percezione condivisa delle sfide da superare, non pregiudicando i bisogni di nessuno dei due, ma affrontandoli tramite un approccio collettivo (Curtona, 1996; Lyons et al., 1998a; Mickelson et al., 2001). Questo tipo di coppie poi sono anche in grado di migliorare le

loro modalità di supporto affinché siano le più opportune all'adattamento alla malattia per entrambi.

Diversi studi hanno supportato come interventi sulla coppia abbiano migliorato lo stato d'animo delle donne con cancro (Manne et al., 2005; Kuijer et al., 2004; Scott et al., 2004; Northouse et al., 2005; Zimmerman et al., 2006; Porter et al., 2007), che ha portato uno sviluppo personale e un miglioramento della qualità della vita (Zimmerman et al., 2006) con anche un implemento della comunicazione supportiva tra i *partner* (Scott et al., 2004; Kayser, 2005), miglioramenti nella sessualità (Scott et al., 2004; Kalaitzi, 2007) e dell'umore del *caregiver* (Scott et al., 2004; Northouse et al., 2005; Porter, 2007).

Uno di questi interventi è il CanCOPE.

Il suo programma è costituito da nove incontri bisettimanali della durata di un'ora che si svolgono nel primo anno dopo la diagnosi.

1. Il primo incontro: si occupa di svolgere un'intervista per valutare gli effetti che la diagnosi ha avuto sulla coppia e ottenere informazioni circa la rete di supporto sociale che hanno a disposizione tramite la realizzazione di un genogramma
2. Il secondo incontro: si occupa di sviluppare approcci coordinati e cooperativi per affrontare le richieste di tipo strumentale da parte della malattia e dei trattamenti per evitare che si crei la situazione in cui uno solo dei due si faccia carico di tutto quanto il peso e le problematiche, promuovendo invece la divisione e distribuzione dei compiti
3. Il terzo incontro: si occupa di fornire tutte le informazioni necessarie nella gestione e comprensione di eventuali figli
4. Il quarto incontro: ha come obiettivo la promozione di una nuova consapevolezza rispetto le strategie di *coping*
5. Il quinto incontro: è caratterizzato dall'insegnamento di tecniche di rilassamento, di respirazione controllata e di immaginazione guidata
6. Il sesto incontro: è finalizzato all'apprendimento di una corretta comunicazione insegnando tecniche di ascolto attraverso il modellamento e il *role-playing*.
7. Il settimo incontro: identificare e comunicare all'altro quelli che sono i comportamenti percepiti come più supportivi, incentivandoli

8. Nell'ottavo incontro: il terapeuta facilita l'espressione di sentimenti e pensieri relativi i cambiamenti nella sfera intima e fornisce delle tecniche e soluzioni per superarli
9. Il nono incontro: è finalizzato a incorporare il cancro nella vita quotidiana, come parte di essa.

L'efficacia di questo intervento è stata dimostrata dai molteplici successi ottenuti anche nelle diverse repliche successive (Scott et al., 2004; Zimmermann et al., 2006).

### 3.3.2. Intervento con il gruppo

Secondo Lewin (1948) le persone si sentono appartenenti ad un determinato gruppo sulla base di un sentimento di reciproca dipendenza chiamato interdipendenza, che caratterizza i membri perché percepiscono di condividere un destino comune. È all'interno di questi legami in cui si pensa a sé e all'altro che le parole assumono un significato ed un senso e i problemi possono essere affrontati (Cigoli et al., 2007).

A Joseph Harsey Pratt può essere ricondotto l'origine dell'uso della terapia di gruppo (Yalom, 1997) quando si occupò per primo di pazienti con tubercolosi riunendoli insieme a discutere delle difficoltà fisiche, psicologiche e relazionali che si ritrovavano ad affrontare, in quanto aveva notato che in questi soggetti era spesso associato un sentimento di isolamento e depressione e attraverso questa metodologia notò come il loro benessere migliorò significativamente.

Furono poi Spiegel e i suoi collaboratori (1981) che condussero i primi interventi di gruppo con donne oncologiche, osservando una diminuzione dei disturbi dell'umore e del dolore anche dopo dieci anni (Spiegel et al., 1989).

A questi ne sono poi seguiti tanti altri di studi e negli ultimi venti anni in psico-oncologia si sono sviluppata una serie di interventi con i gruppi:

- e) gruppi con focus cognitivo e con orientamento al *coping*:

interventi basati sull'approccio cognitivo-comportamentale che alternano momenti di didattica a discussioni e esercizi, usando tecniche quali la ristrutturazione cognitiva, l'immaginazione guidata, il rilassamento, la distrazione. La loro finalità è quella di diventare consapevoli delle emozioni e delle strategie di *coping* usate

- f) gruppi psicoeducazionali e di informazione:

il principio base che muove questi gruppi è che una maggior consapevolezza della malattia possa aumentare di conseguenza la *compliance* alla terapia attraverso una percezione di controllo sulla situazione e uno sviluppo di  *coping* funzionali

g) gruppi ad orientamento esistenziale:

sono focalizzati sui sentimenti di solitudine, angoscia, sull'idea della morte e più in generale sulle inquietudini dovute dalla malattia

h) gruppi supportivo-espressivi:

favoriscono l'espressione libera di emozioni, favorendo così anche i legami tra i pazienti. Saita, Cigoli e Margola (Saita, 2009) proposero un tipo di intervento supportivo ulteriore, ispirato al modello relazionale-simbolico (Scabini, Cigoli, 2000; Cigoli, 2006; Cigoli, Scabini, 2006) e integrato con alcuni elementi del modello psico-educazionale.

Questo tipo di intervento è formato da otto incontri di un'ora e trenta minuti indirizzati sia ai pazienti che ai loro *caregiver*.

Durante il primo incontro vi è una presentazione del calendario e del percorso che si andrà ad affrontare, e una sulle storie dei pazienti oncologici che hanno stili di  *coping* opposti, chi incentrato sulle emozioni, chi sul compito e chi evitante, per promuovere la consapevolezza che la propria strategia è solo una tra le tante possibili.

Il secondo incontro permette ai membri di porre qualsiasi tipo di domanda alla figura medica presente, le quali saranno poi spunto di riflessione prima nella diade e poi nell'intero gruppo, chiedendo di esprimere pensieri, emozioni, informazioni a riguardo ed elementi che hanno dato speranza o preoccupazione. Questo permetterà di sviluppare un senso di somiglianza delle sofferenze e dei dubbi.

Nel terzo incontro si tratterà del cambiamento nella vita quotidiana discusso sempre prima nella diade e poi nel gruppo.

Nel quarto incontro viene chiesto alla coppia di disegnare un genogramma affinché possa esserci una rappresentazione che aiuti i membri a raccontare al gruppo la storia della propria famiglia.

Il quinto incontro è strettamente legato a quello precedente e consiste nel disegnare uno stemma familiare dove viene fatto corrispondere un simbolo con significato ad ogni relazione, in modo che si prenda consapevolezza delle caratteristiche di ogni famiglia dei membri.

Nel sesto incontro le coppie devono scegliere delle fotografie di statue di corpi nudi femminili e maschili per crearne una storia che sarà poi oggetto di riflessione nel gruppo più grande. Questo compito ha l'obiettivo di esplicitare i vissuti legati alla propria immagine corporea e di dare la possibilità di identificarsi con un elemento artistico che possa migliorare l'autostima.

Nel settimo incontro invece al contrario si portano i membri ad allontanarsi dal proprio corpo attraverso tecniche di rilassamento, discutendo dell'esperienza sempre prima nella coppia e poi nel gruppo.

Nell'ultimo incontro sarà promossa una conoscenza più profonda nella diade in modo da sviluppare un supporto sociale il più adeguato possibile.

La chiusura dell'intervento prende l'aspetto di una vera e propria cerimonia di chiusura in cui viene rilasciato ai partecipanti un attestato di partecipazione.

Seppur vi siano ancora pareri contrastanti sull'effettiva efficacia degli interventi gruppali, vi è un 25% (Saita, 2009) di miglioramenti nei pazienti oncologici in diversi aspetti della vita che non può essere trascurata, ma anzi dovrebbe esser preso come punto di partenza per lo sviluppo e il miglioramento di altre metodologie utili ed efficaci.

### 3.3.3. Intervento psicologico mirato

Porcelli, Todarello, Tulipani, Morelli, Spedicato e Maiello nel 2010 hanno condotto uno studio sulla realizzazione di un intervento psicologico mirato finalizzato alla riduzione di alessitimia e dolore da cancro in pazienti oncologici.

Questo studio ha coinvolto 104 pazienti, di età compresa tra i 18 e i 70 anni e senza precedenti neoplasie o psicopatologie e senza mostrare differenze sociodemografiche significative. I partecipanti sono stati suddivisi casualmente in due gruppi: uno formato da 52 persone, ai quali è stato sottoposto un intervento multicomponente della durata di sei mesi e un altro gruppo formato dai restanti 52 pazienti che ha ricevuto le normali e standard cure mediche, raccogliendo i dati all'inizio e dopo sei mesi.

L'obiettivo era quello di valutare se questo intervento psicologico fosse in grado di ridurre i livelli di alessitimia e la percezione del dolore in pazienti oncologici.

L'intervento psicologico mirato consisteva in sessioni bisettimanali di novanta minuti ed era condotto da uno psicologo clinico formato in psico-oncologia, seguito da uno psicoterapeuta senior.

L'intervento multicomponente consisteva infatti nell'alternanza di momenti di psico-educazione riguardo i meccanismi del dolore, della gestione delle difficoltà quotidiane e delle reazioni emotive legate alla malattia, a momenti di promozione di *problem solving* e di ristrutturazione cognitiva delle preoccupazioni e delle convinzioni non funzionali, a momenti di apprendimento della gestione dello stress e del rilassamento. I pazienti per i sei mesi erano tenuti a parlare e a descrivere dei loro sentimenti, dei loro stati emotivi, delle loro fantasie e dei sogni sia al terapeuta, sia ad altri significativi come per esempio il partner, familiari, i figli o amici tutti i giorni, sia in un diario settimanale. Il messaggio che veniva mandato ai partecipanti era che se vi era un miglioramento della loro abilità nel riconoscere ed esprimere i sentimenti provati e nelle loro capacità di *coping*, allora poteva esserci un miglioramento anche nella loro percezione del dolore. Accanto a questo intervento ad ogni paziente, di entrambi i gruppi, sono state comunque sempre date le medicine specifiche necessarie.

La valutazione dei livelli dell'alessitimia è stata condotta attraverso la TAS-20 che ha dato un punteggio totale sui livelli di alessitimia e poi punteggi specifici nelle tre dimensioni di difficoltà a identificare i sentimenti (DIF), difficoltà a descrivere i sentimenti (DDF) e pensiero orientato esternamente (EOT).

Il dolore è stato valutato attraverso il Brief Pain Inventory (BPI), (Cleeland et al., (1997), selezionando nello specifico tre dimensioni del dolore: l'intensità, l'interferenza del dolore e la sua qualità, attraverso scale Likert.

La capacità di affrontare il cancro è stata valutata sulla presenza di diversi modelli di adattamento:

- il modello dello spirito combattivo, caratterizzato ad affrontare in modo attivo la malattia (FS)
- il modello della preoccupazione ansiosa (AP)
- il modello del fatalismo (F)
- il modello della disperazione-impotenza, con un atteggiamento pessimistico (H)
- il modello di evitamento (A).

- un ulteriore punteggio è poi ottenuto sottraendo H da FS, ottenendo un indicatore globale dell'adattamento al cancro (FS/H).

Il comportamento adottato nei confronti della malattia è stato poi misurato attraverso l'Illness Behaviour Survey (IBQ), (Pilowsky e Spence, 1975), una scala composta da 62 domande che valuta 7 dimensioni tra cui ipocondria generale, convinzione e percezione della malattia, inibizione affettiva, negazione della disforia e irritabilità.

L'angoscia psicologica è stata valutata attraverso la scala self-report dell'ansietà e della depressione ospedaliera (HADS), (Zigmond, Snaith, 1983), e infine il funzionamento psicosociale è stato misurato attraverso il Short Form-12 Health Survey (SF-12) (Ware, et al., 1995) in due punteggi nello specifico: il Riepilogo dei componenti fisici (PCS) e il Riepilogo dei componenti mentali (MCS).

I risultati ottenuti alla fine dei sei mesi furono che il gruppo che venne sottoposto all'intervento psicologico mirano, ottennero dei punteggi significativamente ridotti sia nella percezione del dolore che nell'alessitimia, ma non solo, anche nell'ipocondria, nella percezione del cancro, con un miglioramento nell'adattamento alla malattia, nell'ansietà e nell'irritabilità. Al contrario, i pazienti del gruppo di controllo non hanno ottenuto gli stessi risultati, ma inaspettatamente invece hanno sviluppato dei peggioramenti nell'alessitimia, nella percezione del dolore e della capacità di adattamento al cancro.

Per accertarsi che la riduzione dell'alessitimia mediasse la riduzione del dolore percepito sono stati eseguiti tre modelli di regressione multipla che hanno dimostrato che il 30% del miglioramento era dovuto proprio sia dall'intervento psicologico che dalla riduzione di alessitimia, entrambi come fattori indipendenti.

Quindi l'intervento psicologico multicomponente è riuscito a diminuire sia il dolore che l'alessitimia, sensibilizzando all'utilizzo di approcci biopsicosociali, in cui sono ugualmente importanti aiuti medici e interventi psicologici quali la terapia bio-comportamentale (Andersen, 2002), la terapia cognitivo-comportamentale (Osborn, 2006), la terapia della consapevolezza (Carlson et al., 2007) e la terapia incentrata sul supporto sociale (Goodwin et al., 2001).

Altri studi hanno poi dimostrato poi la possibilità di diminuire i livelli di alessitimia (Beresnevaité, 2000; Grabe et al., 2008; Gay et al., 2008).

Sulla base di questi risultati, è possibile sostenere che l'alessitimia sia un costrutto dimensionale complesso (Lumley et al., 2007; Porcelli, et al., 2011), caratterizzato da stabilità relativa che può però essere modificata da un intervento psicologico mirato. Il fatto che l'alessitimia sia stabile la definisce come un fattore di vulnerabilità, ma la sua influenza al cambiamento apre la possibilità ai trattamenti psicologici che si occupano di personalità in contesti oncologici.

Questo deve incoraggiare personale sanitario medico e psicologico ad approfondire questi aspetti del vissuto della malattia oncologica per favorire riduzioni nella sofferenza e promuovere soluzioni per il miglioramento della qualità della vita e della capacità di adattamento.



## CONCLUSIONI FINALI

In conclusione posso affermare di aver raggiunto in modo soddisfacente il primo dei miei obiettivi approfondendo il costrutto, e che nel farlo questo non abbia perso, ma al contrario, abbia aumentato in me l'interesse a riguardo.

Dai risultati ottenuti dagli studi analizzati e presentati è possibile confermare che l'alessitimia sia uno dei fattori aventi un ruolo rilevante nello sviluppo di problemi di salute attraverso il suo effetto disregolatore sul sistema immunitario. Sono state infatti riscontrate alte percentuali della sua presenza in contesto oncologico dalla maggior parte delle ricerche condotte, giungendo alla conclusione che l'alessitimia possa essere considerata come un tratto della personalità, e come un fattore vulnerabile che porti allo sviluppo del cancro. Gli effetti negativi sembrano essere influenzati dalla mancanza di attenzione all'aspetto psicologico e da un ridotto supporto sociale percepito dal paziente, aprendo così la possibilità di miglioramento e cambiamento. Grazie agli interventi realizzati negli ultimi anni è stato mostrato infatti come dei programmi psicologici mirati, basati tra le tante cose, sull'implementazione delle capacità di elaborazione ed espressione emotiva e su una più alta percezione del supporto sociale, la qualità della vita dei pazienti migliorasse significativamente, fino ad arrivare alla conclusione finale che l'alessitimia possa essere un tratto di personalità e un fattore di vulnerabilità alla malattia, ma che sia allo stesso tempo, sensibile a interventi psicologici mirati.

Da ciò posso ritenere di aver raggiunto, nei limiti consentiti dalla mia posizione attuale, anche il mio secondo obiettivo di promozione al cambiamento. Per questi motivi viene suggerito di superare i limiti che attualmente ancora sono presenti in questi primi interventi seppur già efficaci, utilizzando ad esempio dei campioni più grandi, controllando variabili potenzialmente influenti come le tossicità da farmaci ed eventuali effetti collaterali, aumentare le durate dei trattamenti, cercare di rilevare l'alessitimia con un approccio multimetodo e non solo attraverso un sel-report, di realizzarne di nuovi e migliori, modificando soprattutto l'atteggiamento nei confronti dei pazienti oncologici, migliorandone la qualità della vita, lavorando su possibilità di intervento psicologico e di

accrescimento del supporto sociale, non limitandosi solamente alla guarigione ma arrivando fino all'atto di prendersene cura.

Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore,

[..]

E guarirai da tutte le malattie,

perché sei un essere speciale,

ed io, avrò cura di te.

(F. Battiato, *La cura*).

## RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare uno spazio per ringraziare la mia relatrice Ferro Laura per avermi accompagnato con attenzione e grande disponibilità alla stesura del mio elaborato e per esser stata un punto di riferimento professionale e umano in questo periodo di difficoltà causato dal Covid-19.

Ringrazio infinitamente la mia famiglia per avermi appoggiato nelle scelte che mi hanno permesso di arrivare a questo piccolo ma grande traguardo.

E infine ringrazio di cuore il mio compagno di corso e di vita Federico insieme al quale sono cresciuta e alla città di Aosta che mi ha accolta in questi anni di studi.

## Bibliografia:

- Andersen B. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *J Consult Clin Psychol*, 70, pp.5 90–610.
- Aragona, M., Muscatello, M., Pastura, G., Castagnetta, L., & Mesiti, M. (1996). Estrogen receptor expression and depressive mood disorders in untreated breast cancer patients. *Oncology Reports*. doi: 10.3892/or.3.4.661
- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Taylor, G. J., Grabe, H. J., Luminet, O., Verissimo, R., De Grootte, I., & Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia? *Personality and Individual Differences*, 47(5), 413–418.
- Bagby, R., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Loisel, C. (1990). Cross-validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(1), 47–51. doi: 10.1016/0022-3999(90)90007-
- Bagby, R., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33–40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-x
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Dickens, S. E. (2006). The Development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Item Selection, Factor Structure, Reliability and Concurrent Validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25–39. doi: 10.1159/000089224
- Beresnevaité M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease: a preliminary study. *Psychother Psychosom*; 6 9: 117–122.
- Bermond, B. (1997). Brain and alexithymia, in Vingerhoets, A.J.M., van Bussel, F. J., Boelhouwer, A. J. W (a cura di), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*, Tilburg University Press, Tilburg, pp. 115-129.
- Bermond, B., Clayton, K., Liberova, A., Luminet, O., Maruszewski, T., Bitti, P. E. R., ... Wicherts, J. (2007). A cognitive and an affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition & Emotion*, 21(5), 1125–1136. doi: 10.1080/02699930601056989
- Berthoz, S., Artiges, E., Moortele, P.-F. V. D., Poline, J.-B., Rouquette, S., Consoli, S. M., & Martinot, J.-L. (2002). Effect of Impaired Recognition and Expression of Emotions on Frontocingulate Cortices: An fMRI Study of Men With Alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961–967. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.961
- Berthoz, S., Perdereau, F., Godart, N., Corcos, M., & Haviland, M. G. (2007). Observer- and self-rated alexithymia in eating disorder patients: Levels and

- correspondence among three measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 341–347. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.10.008
- Bloom, J. R., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science & Medicine*, 19(8), 831–837. doi: 10.1016/0277-9536(84)90400-3
  - Bloom, J. R. (1986). Social Support and Adjustment to Breast Cancer. *Women with Cancer Contributions to Psychology and Medicine*, 204–229. doi: 10.1007/978-1-4613-8671-1\_6
  - Bloom, R., Steward, S. L., Jonston, M., Banks, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science and Medicine*, 53, 1513–1524.
  - Biondi, M., Costantini, A., & Parisi, A. (1996). Can Loss and Grief Activate Latent Neoplasia? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(2), 102–105. doi: 10.1159/000289055
  - Bodenmann, G. (1995). A systemic-transactional Conceptualization of Stress and Coping in Couples. *Swiss Journal of Psychology*, 54, pp. 33-49.
  - Bodenmann, G. (1997). The influence of stress and coping on close relationships: a two-year longitudinal study. *Swiss Journal of Psychology*, 56(3), pp. 156-164.
  - Borio, R., Gianotti, p., Torta, R. (1990). I disturbi psichici in oncologia. *Psico-oncologia*, 4, pp.57-77
  - Bozo, Ö., Tathan, E., & Yılmaz, T. (2014). Does Perceived Social Support Buffer the Negative Effects of Type C Personality on Quality of Life of Breast Cancer Patients? *Social Indicators Research*, 119(2), 791–801. doi: 10.1007/s11205-013-0503-8
  - Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), 106–148. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x
  - Broadhead, W. E., & Kaplan, B. H. (1991). Social support and the cancer patient. Implications for future research and clinical care. *Cancer*, 67(S3), 794–799. doi: 10.1002/1097-0142(19910201)67:3 <794::aid-cnrcr2820671407>3.0.co;2-7
  - Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: a multiple code theory*. New York: Guilford Press.
  - Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J. C. (1984). Depression in Hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 199–212. doi: 10.1097/00006842-198405000-00002
  - Cacioppo, J. T., Poehlmann, K. M., Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Bureson, M. H., Berntson, G. G., & Glaser, R. (1998). Cellular immune responses to acute stress in female caregivers of dementia patients and matched controls. *Health Psychology*, 17(2), 182–189. doi: 10.1037/0278-6133.17.2.182

- Caplan, G. (1976). *Support System and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. Pasadena: Behavioural Publications.
- Caretti, V., & Barbera, D. L. (2005). *Alessitimia: valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.
- Carta, M., Orrù, W., Hardoy, M., & Carpinello, B. (2000). Alexithymia and Early Diagnosis of Uterine Carcinoma: Results of a Case-Control Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 339–340. doi: 10.1159/000012418
- Carlson LE, Speca M, Faris P, Patel KD. (2007). One year pre-post intervention follow-up psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain Behav Immun*; 21: 1038–1049.
- Caprara, G. V, Cervone, D. (2003). *Personalità. Determinanti, Dinamiche e Potenzialità*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Christenfeld, N., Gerin, W., Sanders, M., Mathur, J., & Deich, J. D. (1997). Social support effect on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend? *Psychosomatic Medicine*
- Cigoli, V. (2006). *L'albero della discendenza. Clinica dei corpi familiari*. Milano: F. Angeli.
- Cigoli, V., Scabili, E., (2006). *Family Identity. Ties, Symbols and Transitions*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah.
- Cigoli V., Saita, E., Margola, D., Costa, G., Montanari, I. (2007). “Le parole sul cancro nell’ambito dei legami cruciali”, comunicazione orale presentata alla Conferenza sulla comunicazione per la salute, Milano, 8-10 novembre.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.309
- Cleeland CS, Gonon R, Baez L, Loehrer P, Pandya KJ. (1997). Pain and treatment of pain in minority pain with cancer. *Ann Intern Med*.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-35
- Corli, O. (1988). Che cos’è la medicina palliativa. In Id. (a cura di) *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*. Roma: Città Nuova.
- Courtens, A. M., Stevens, F. C., Crebolder, H. F., & Philipsen, H. (1996). Longitudinal study on quality of life and social support in cancer patients. *Cancer Nursing*, 19
- Cutrona, C. E. (1996). Social Support as a Determinant of Marital Quality. *Handbook of Social Support and the Family*, 173–194. doi: 10.1007/978-1-4899-1388-3\_8
- Dakof, G. A., & Taylor, S. E. (1990). Victims perceptions of social support: What is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 80–89. doi: 10.1037/0022-3514.58.1.80
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social Support, Negative Life

- Events and Mental Health. *British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29–34. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- Dalton, J. A., & Feuerstein, M. (1989). Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain*, 38(2), 159–170. doi: 10.1016/0304-3959(89)90234-0
  - Damasio, A. (2003). *Alla ricerca di Spinoza*. Milano: Adelphi.
  - Derrico, G. M., Galassi, J. P., Schanberg, R., & Ware, W. B. (2000). Development and Validation of the Cancer Worries Inventory. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17(3-4), 119–137. doi: 10.1300/j077v17n03\_07
  - Diego, M. A., Field, T., Hart, S., Hernandez-Reif, M., Jones, N., Cullen, C., ... Kuhn, C. (2002). Facial expressions and EEG in infants of intrusive and withdrawn mothers with depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 15(1), 10–17. doi: 10.1002/da.1079
  - Dijk, M. V., Grootenhuis, M. A., Boer, M. D., Bermond, B., & Last, B. F. (2002). Alexithymia in long-term survivors of childhood cancer. *Pediatric Rehabilitation*, 5(4), 203–207. doi: 10.1080/1363849021000047543
  - Dorard, G., Berthoz, S., Haviland, M. G., Phan, O., Corcos, M., & Bungener, C. (2008). Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 585–592. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.05.001
  - Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., Mcfeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and Traumatic Stress: The Importance of Social Support and Coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(2), 223–245. doi: 10.1111/j.1559-1816.2001.tb00195.x
  - Eskelinen, M., Ollonen, P. (2011). Assessment of ‘Cancer-prone Personality’ Characteristics in Healthy Study Subjects and in Patients with Breast Disease and Breast Cancer Using the Commitment Questionnaire: A Prospective Case–Control Study in Finland. *Anticancer Research*, 31: 4013-4018.
  - Evans, E. (1926). *A psychological study of cancer*. New York: Dodd, Mead and Company.
  - Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic Criteria for Use in Psychosomatic Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(1), 1–8. doi: 10.1159/000288931
  - Fonagy, P. (2002). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
  - Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 201–218. doi: 10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::aid-imhj2280120307>3.0.co;2-7
  - Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self- organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679–700. doi:

- 10.1017/s0954579497001399
- Fornari, F. (1985). *Affetti e cancro*. Milano: R. Cortina.
  - Freud, S. (1920). Al di là del principio del piacere. In Id., *Opere*, vol. IX, Torino: Boringhieri, 1986.
  - Frewen, P. A. (2006). Alexithymia in PTSD: Psychometric and FMRI Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 397–400. doi: 10.1196/annals.1364.029
  - Freer, P., Cecchini, G., Miccoli, P. (1993). Effetti psicosessuali dell'intervento di mastectomia e di ricostruzione mammaria. *Rivista di psichiatria*, 28(3), pp. 159-162.
  - Fukunishi, I. (2001). Association Of Emotional Intelligence With Alexithymic Characteristics. *Psychological Reports*, 89(7), 651. doi: 10.2466/pr0.89.7.651-658
  - Gardner, H., & Sosio, L. (1991). *Formae mentis: saggio sulla pluralità dell'intelligenza*. Milano: Feltrinelli.
  - Gay MC, Hanin D, Luminet O. (2008). Effectiveness of a hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemp Hypn*; 25: 1 – 13.
  - Gazzaniga, M.S. (1992). *Mente della natura. Il cervello umano tra ereditarietà e ambiente*. Milano: Garzanti 1997.
  - Gazzaniga, M.S. (1995). Consciousness and the cerebral hemispheres. *The Cognitive Neurosciences*. 1391-1400.
  - Goldberg, R. J. (1981). Management of Depression in the Patient With Advanced Cancer. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 246(4), 373. doi: 10.1001/jama.1981.03320040045032
  - Goldberg, E. L., van Natta, P., & Comstock, G. W. (1985). Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *American Journal of Epidemiology*,
  - Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
  - Goodwin PJ, Lesczc M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H, Drysdale E, Hundleby M, Chochinov HM, Navarro M, Specca M, Hunter J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New Engl J Med*; 3 45: 1 719–1726. 4 0
  - Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, Ulrich C, Groeger R, Franke GH, Barnow S, Freyberger HJ, Spitzer C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychother Psychosom*; 7 7: 1 89–194.
  - Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A., & Magelli, C. (2001). Psychological Evaluation after Cardiac Transplantation: The Integration of Different Criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(4), 176–183. doi: 10.1159/000056250
  - Grassi, L. (1987). L'ipotesi della personalità di tipo C a rischio di neoplasia. *Medicina Psicosomatica*, 32, pp. 329-348.
  - Grassi, L., Caruso, R., & Nanni, M. G. (2013). Somatization and somatic



- symptom presentation in cancer: A neglected area. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 41–51. doi: 10.3109/09540261.2012.731384
- Greenberg, R. P., & Dattore, P. J. (1983). Do Alexithymic Traits Predict Illness? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(5), 276–279. doi: 10.1097/00005053-198305000-00003
  - Groddeck, G. (1966). *Il libro dell'Es*. Milano: Adelphi.
  - Grossarth-Maticek, R., Jankovic, M., & Vetter, H. (1982). Standard Risk Factors for Lung Cancer, Cardiac Infarct, Apoplexy, Diabetes mellitus and, Their Changes in Psychosocial Context. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37(1), 13–21. doi: 10.1159/000287550
  - Harrison, J., Maguire, P. (1994). Predictors of Psychiatric Morbidity in Cancer Patients. *British Journal of Psychiatry*, 165, pp. 593-598.
  - Hart, J., Shaver, P. R., & Goldenberg, J. L. (2005). Attachment, Self-Esteem, Worldviews, and Terror Management: Evidence for a Tripartite Security System. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(6), 999–1013. doi: 10.1037/0022-3514.88.6.999
  - Haviland, M. G., Warren, W. L., & Riggs, M. L. (2000). An Observer Scale to Measure Alexithymia. *Psychosomatics*, 41(5), 385–392. doi: 10.1176/appi.psy.41.5.385
  - Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., & Gallacher, M. (2001). Psychometric Properties of the Observer Alexithymia Scale in a Clinical Sample. *Journal of Personality Assessment*, 77(1), 176–186. doi: 10.1207/s15327752jpa7701\_12
  - Haviland, M. G., Warren, W. L., Riggs, M. L., & Nitch, S. R. (2002). Concurrent Validity of Two Observer-Rated Alexithymia Measures. *Psychosomatics*, 43(6), 472–477. doi: 10.1176/appi.psy.43.6.472
  - Hegelson, V., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and interventional research. *Health Psychology*,
  - Heim, C., Young, L. J., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Molecular Psychiatry*, 14(10), 954–958. doi: 10.1038/mp.2008.112
  - House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review*
  - Jimerson, D. C., Wolfe, B. E., Franko, D. L., Covino, N. A., & Sifneos, P. E. (1994). Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates. *Psychosomatic Medicine*, 56(2), 90–93. doi: 10.1097/00006842-199403000-00002
  - Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22(3), 426–444. doi: 10.1037/0736-9735.22.3.426
  - Kano, M., Fukudo, S., Hongo, M., Itoh, M., & Yanai, K. (2003). Specific brain

- processing of facial expressions in people with alexithymia: a neuroimaging study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(2), 136. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00323-4
- Kayser, K. (2005). Enhancing Dyadic Coping During a Time of Crisis: A Theory-Based Intervention With Breast Cancer Patients and Their Partners. *Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping.*, 175–194. doi: 10.1037/11031-009
  - Kalaitzi, C., Papadopoulos, V. P., Michas, K., Vlasis, K., Skandalakis, P., & Filippou, D. (2007). Combined brief psychosexual intervention after mastectomy: Effects on sexuality, body image, and psychological well-being. *Journal of Surgical Oncology*, 96(3), 235–240. doi: 10.1002/jso.20811
  - Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease": Examining the process of coping from a relational perspective. *Families, Systems, & Health*, 25(4), 404–418. doi: 10.1037/1091-7527.25.4.404
  - Kessler, R. C., Price, R. H., & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: Stress, social support, and
  - Kissane, D. W., Grabsch, B., Clarke, D. M., Smith, G. C., Love, A. W., Bloch, S., ... Li, Y. (2007). Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 16(4), 277–286. doi: 10.1002/pon.1185
  - Kneier, A. W., & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(2), 145–155. doi: 10.1016/0022-3999(84)90008-4
  - Kooiman, C., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. (2002). The assessment of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1083–1090. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00348-3
  - Komblith, A. B., Herndan, J. E., Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., et al. (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91, 443-454.
  - Krystal, H. (1971). Trauma: Considerations of its intensity and chronicity. *Psychic Traumatization*. Boston.
  - Krystal, H. (1982-1983). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9,353-388.
  - Krystal, H. (1988). Affetto, trauma, alessitimia. Roma: Edizioni Magi, 2007.
  - Kurrass, J. A. (2004). Link between behavior variables and health the development of a behavioral measure of type C. Retrieved October 4, 2008, from <http://www.geocities.ws/jkurrass/measurementpaper>
  - Kuijer, R. G., Buunk, B. P., Jong, G. M. D., Ybema, J. F., & Sanderman, R. (2004). Effects of a brief intervention program for patients with cancer and their partners on feelings of inequity, relationship quality and psychological distress. *Psycho-Oncology*, 13(5), 321–334. doi: 10.1002/pon.749

- Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia the Emotional Equivalent of Blindsight? *Biological Psychiatry*, 42(9), 834–844. doi: 10.1016/s0006223(97)00050-4
- Lane, R.D., Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology [published erratum appears in Am J Psychiatry 1987 Apr;144(4):542]. (1987). *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–143. Doi: 10.1176/ajp.144.2.133
- Lane, R. D., Reiman, E. M., Axelrod, B., Yun, L.-S., Holmes, A., & Schwartz, G. E. (1998). Neural Correlates of Levels of Emotional Awareness: Evidence of an Interaction between Emotion and Attention in the Anterior Cingulate Cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(4), 525–535. doi: 10.1162/089892998562924
- Lauriola, M., Panno, A., Tomai, M., Ricciardi, V., & Potenza, A. E. (2011). Is Alexithymia Related to Colon Cancer? A Survey of Patients Undergoing a Screening Colonoscopy Examination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(4), 410–415. doi: 10.1007/s10880-011-9267-y
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive-Emotional Interactions in the Brain. *Cognition & Emotion*, 3(4), 267–289. doi: 10.1080/02699938908412709
- LeDoux, J., & Coyaud, S. (1996). *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni*. Milano: Baldini & Castoldi. 2015.
- LeDoux, J., & Coyaud, S. (2015). *Il cervello emotivo: alle origini delle emozioni*. Milano: Baldini & Castoldi.
- Leshan, L. L., & Worthington, R. E. (1956). Personality As A Factor In The Pathogenesis Of Cancer: A Review Of The Literature\*. *British Journal of Medical Psychology*, 29(1), 49–56. doi: 10.1111/j.2044-8341.1956.tb01188.x
- Lewin, K. (1948). *I conflitti sociali*. Milano: F. Angeli.
- Lingiardi, V., Madeddu, F. (2002). *I meccanismi di difesa. Teoria, valutazione, clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- López-Muñoz, F., & Pérez-Fernández, F. (2020). A History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi: 10.3389/fpsy.2019.01026
- 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*, 62(6), 641–648. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.01.003
- Luminet, O., Grynberg, D., Ruzette, N., & Mikolajczak, M. (2011). Personality-dependent effects of oxytocin: Greater social benefits for high alexithymia scorers. *Biological Psychology*, 87(3), 401–406. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.05.005
- Lumley, M.A., Neely, L.C., & Burger, A.J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: Implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230 – 246.

- Lundh, L.-G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2(4), 361–379. doi: 10.1037/1528-3542.2.4.361
- Lyons, R. F., Mickelson, K. D., Sullivan, M. J. L. Coyne, J. C. (1998a). Coping as a Communal Process. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(5), pp. 579-605.
- Lyons, R. F., Sullivan, M. J. L. (1998b). Curbing loss in illness and disability: a relationship perspective. *Perspectives on Loss: A sourcebook*. Philadelphia: Brunner/Mazel.
- MacLean, P. D. (1949). Psychosomatic Disease and the "Visceral Brain". *Psychosomatic Medicine*, 11(6), 338–353. doi: 10.1097/00006842-194911000-00003
- Mangelli, L., Gustavson B. J., Porcelli P., Fava, G. A. (2003). Interview for the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, pp. 346-348.
- Manna, G., Foddai, E., Maggio, M. D., Pace, F., Colucci, G., Gebbia, N., & Russo, A. (2007). Emotional expression and coping style in female breast cancer. *Annals of Oncology*, 18, vi77–vi80. doi: 10.1093/annonc/mdm231
- Manne, S. L., Alfieri, T., Taylor, K. L., & Dougherty, J. (1999a). Spousal negative responses to cancer patients: The role of social restriction, spouse mood, and relationship satisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 352–361. doi: 10.1037/0022-006x.67.3.352
- Manne, S. L. Dougherty, J., Veach, S., Kless, R. (1999b). Hiding worries from one's spouse: protective buffering among cancer patients and their spouses. *Cancer Research, Therapy, and Control*, 8, pp. 175-188.
- Massie, M.J., Holland, J.C. (1990). Depression and the Cancer Patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, (suppl. 7), pp. 12-17.
- Mattila, A. K., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Joukamaa, M., Jula, A., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (2010). Taxometric analysis of alexithymia in a general population sample from Finland. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 216–221. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.038
- Maunsell, E., Brisson, J., Deschenes, L. (1993). Arm Problems and Psychological Distress After Surgery for Breast Cancer. *Canadian Journal of Surgery*, 36(4), pp. 315-320.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 18, 716-726.
- Mcdaniel, J. S. (1995). Depression in Patients With Cancer. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 89. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950140007002
- Meganck, R., Inslegers, R., Vanheule, S., & Desmet, M. (2011). The Convergence of Alexithymia Measures. *Psychologica Belgica*, 51(3-4), 237. doi: 10.5334/pb-51-3-4-237

- Meganck, R., Vanheule, S., Desmet, M., & Inslegers, R. (2010). The Observer Alexithymia Scale: A Reliable and Valid Alternative for Alexithymia Measurement? *Journal of Personality Assessment*, 92(2), 175–185. doi: 10.1080/00223890903510449
- Mickelson, K. D., Lyons, R. F., Sullivan, M. J. L., Coyne, J. C. (2001). Yours, Mine, Ours: The Relational Context of Communal Coping. Sarason B. R., Duck, S.W. (eds.). *Personal Relationships: Implications for Clinical and Community Psychology*. Chichester: John Wiley.
- Morera, O. F., Culhane, S. E., Watson, P., & Skewes, M. C. (2005). Assessing the reliability and validity of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire among U.S. Anglo and U.S. Hispanic samples. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 289–298. doi: 10.1016/j.jpsychores.2004.09.001
- Manne, S. L., Ostroff, J. S., Winkel, G., Fox, K., Grana, G., Miller, E., ... Frazier, T. (2005). Couple-Focused Group Intervention for Women With Early Stage Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 634–646. doi: 10.1037/0022-006x.73.4.634
- Morris, T., Greer, S., Pettingale, K. W., & Watson, M. (1981). Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 25(2), 111–117. doi: 10.1016/0022-3999(81)90098-2
- Musatti, C. (1998). *Trattato di psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Müller, J., Bühner, M., & Ellgring, H. (2004). The assessment of alexithymia: psychometric properties and validity of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 373–391. doi: 10.1016/j.paid.2003.09.010
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. p. 433.
- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical consideration. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1-4), 199–206. doi: 10.1159/000287064
- Netemeyer, R.G., Bearden, W. O., Sharma, S. (2004). *Scaling Procedures: Issues and Applications*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A. (2005). Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers. *Psycho-Oncology*, 14(6), 478–491. doi: 10.1002/pon.871
- Norton, T. R., Manne, S. L., Rubin, S., Hernandez, E., Carlson, J., Bergman, C., & Rosenblum, N. (2005). Ovarian Cancer Patients Psychological Distress: The Role of Physical Impairment, Perceived Unsupportive Family and Friend Behaviors, Perceived Control, and Self-Esteem. *Health Psychology*, 24(2), 143–152. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.143
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

- Oasi, O. (2017). *Melanconia. La malattia dell'occidente*. Milano: EDRA LSWR.
- Ogee, F., Ozkan, S., & Baltalarli, B. (2007). Psychosocial stressors, social support and socio-demographic variables as determinants of quality of life of Turkish breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 8, 77-82.
- Okanli, A., Karabulutlu, E., Karakaş, S. A., Altun, Ö. Ş., & Yildirim, N. (2018). Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 27(3). doi: 10.1111/ecc.12839
- Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. (2996). Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: a meta-analysis. *Int J Psychiatry Med*; 36: 13–34.
- Ottolini, F., Modena, M. G., & Rigatelli, M. (2005). Prodromal Symptoms in Myocardial Infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 323–327. doi: 10.1159/000086324
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20(4), 385–396. doi: 10.1037/a0014262
- Parker, J. D. A., Keightley, M. L., Smith, C. T., & Taylor, G. J. (1999). Interhemispheric Transfer Deficit in Alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 464–468. doi: 10.1097/00006842199907000-00010
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, M. (1992). Relationship between Conjugate Lateral Eye Movements and Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(3), 94–101. doi: 10.1159/000288581
- Parker, JD, Wood, LM, Bond, BJ e Shaughnessy, P. (2004). Alessitimia in età adulta: un fattore di rischio per il gioco d'azzardo patologico. *Psicoterapia e psicomatica* , 74 (1), 51–55. doi: 10.1159 / 000082027
- Pecukonis, E. V. (2009). Physical Self-Efficacy and Alexithymia in Women with Chronic Intractable Back Pain. *Pain Management Nursing*, 10(3), 116–123. doi: 10.1016/j.pmn.2008.11.001
- Pilowsky I, Spence ND: Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. *J Psychosom Res* 1975; 19: 279–287.
- Pinder, K. L., Ramirez, A. J., Richards, M. A., & Gregory, W. M. (1994). Cognitive responses and psychiatric disorder in women with operable breast cancer. *Psycho-Oncology*, 3(2), 129–137. doi: 10.1002/pon.2960030207
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J., & Bagby, R. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 569–573. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00221-8
- Porcelli, P., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Carne, M. D. (1999). Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(5), 263–269. doi: 10.1159/000012342
- Porcelli, P., & Carne, M. D. (2001). Criterion-Related Validity of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research for Alexithymia in Patients with Functional

- Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(4), 184–188. doi: 10.1159/000056251
- Porcelli P. (2008). Lo stato dell'arte della ricerca sull'alexithymia. V Congresso Nazionale GRP, Foligno.
  - Porcelli, P., Tulipani, C., Di Micco, C., Spedicato, M.R., Maiello, E., (2011). Temporale stability in cancer patients following a psychological intervention. *Journal of Clinical Psychology*. 67(12), pp. 1177-1187.
  - Porter, L., Baucom, D., Gremore, T., Kirby, J., Keefe, F. J. (2007). Enhancing Survivorship for Couples Facing Breast Cancer: A Pilot Study of a Couple-based Cognitive-behavioral Intervention. *Psycho-Oncology Symposium Abstracts APOS 4th Annual Conference Abstracts*, 16, s1-s110.
  - Sammarco, A., & Konecny, L. M. (2008a). Quality of life, social support and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35,
  - Sammarco, A., & Konecny, L. M. (2008b). Quality of life, social support and uncertainty among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 35, 84
  - Scabini, E., Cigoli, V. (2000). *Il familiare*. Milano: R. Cortina.
  - Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Stanford: Stanford University Press.
  - Spiegel, D. (1981). Group Support for Patients With Metastatic Cancer. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780300039004
  - Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect Of Psychosocial Treatment On Survival Of Patients With Metastatic Breast Cancer. *The Lancet*, 334(8668), 888–891. doi: 10.1016/s0140-6736(89)91551-1
  - Reich, W. (1948). *La biopatia del cancro*. Milano: Sugarco.
  - Revenson, T. A. (n.d.). Scenes from a Marriage: Examining Support, Coping, and Gender Within the Context of Chronic Illness. *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, 530–559. doi: 10.1002/9780470753552.ch19
  - Revenson, T. A. (1994). Social support and marital coping with chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*, 16(2), pp 122-130
  - Reynolds, P., & Kaplan, G. A. (1990). Social Connections and Risk for Cancer: Prospective Evidence from the Alameda County Study. *Behavioral Medicine*, 16(3), 101–110. doi: 10.1080/08964289.1990.9934597
  - Ripetti, V., Ausania, F., Bruni, R., Campoli, G., & Coppola, R. (2008). Quality of Life following Colorectal Cancer Surgery: The Role of Alexithymia. *European Surgical Research*, 41(4), 324–330. doi: 10.1159/000155898
  - Ruesch, J. (1948). The Infantile Personality. *Psychosomatic Medicine*, 10(3), 134–144. doi: 10.1097/00006842-194805000-00002
  - Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. doi: 10.2190/dugg-p24e-52wk-6cdg
  - Saita, E. (2009). *Psico-oncologia: una prospettiva relazionale*. Milano: UNICOPLI

- Schaffer, C.E. (1993). The role of adult attachment in the experience and regulation of affect. Doctoral dissertation, Yale University.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167–177. doi: 10.1016/s01918869(98)00001-4
- Scott, J. L., Halford, W. K., & Ward, B. G. (2004). United We Stand? The Effects of a Couple-Coping Intervention on Adjustment to Early Stage Breast or Gynecological Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122–1135. doi: 10.1037/0022-006x.72.6.1122
- Selvini Palazzoli, M. (1989). *L'anoressia mentale: dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Feltrinelli.
- Servaes, P., Vingerhoets, A. J., Vreugdenhil, G., Keuning, J. J., & Broekhuijsen, A. M. (1999). Inhibition of Emotional Expression in Breast Cancer Patients. *Behavioral Medicine*, 25(1), 23–27. doi: 10.1080/08964289909596735
- Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 59–70. doi: 10.1037/0893-3200.14.1.59
- Sideli, L., A, Rizzo, R., Mulè, A., Marrazzo, A., (2016). Quality of life, alexithymia, and defence mechanisms in patients affected by breast cancer across different stages of illness. *Journal of Psychopathology*, 22, pp. 1-8.
- Sifneos, P. (1973). The Prevalence of 'Alexithymic' Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2-6), 255–262. doi: 10.1159/000286529
- Sinsheimer, L. M., Holland, J. C. (1987). Psychological Issue in Breast Cancer. *Seminars in Oncology*, 14(1), pp. 75-82.
- Stone, L. A., & Nielson, K. A. (2001). Intact Physiological Response to Arousal with Impaired Emotional Recognition in Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(2), 92–102. doi: 10.1159/000056232
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics*, 40(1), 34–43. doi: 10.1016/s0033-3182(99)71269-7
- Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social Support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28, 23
- Taylor, G. J., & Doody, K. (1985). Verbal Measures of Alexithymia: What Do They Measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43(1), 32–37. doi: 10.1159/000287855
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1988). Measurement of Alexithymia. *Psychiatric Clinics of North America*, 11(3), 351–366. doi: 10.1016/s0193-953x(18)30486-6
- Taylor, G. J. (1989). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison Conn.: International Universities Press



- Taylor, G.J., Parker, J.D. e Bagby, R.M. (1990). Un'indagine preliminare sull'alessitimia negli uomini con dipendenza da sostanze psicoattive. *American Journal of Psychiatry*, 147 (9), 1228–1230. doi: 10.1176 / ajp.147.9.1228
- Taylor, G. J., Bagby, K., & Parker, J. (1993). Alexithymia – State and Trait. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60(3-4), 211–212. doi: 10.1159/000288695
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561–568. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00224-3
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J. (2000). Recent Developments in Alexithymia Theory and Research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 134–142. doi: 10.1177/070674370004500203
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Luminet, O. (2000). Assessment of alexithymia: Self-report and observer-rated measures. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (p. 301–319). Jossey-Bass
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs? *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(3), 487–508. doi: 10.1521/jaap.31.3.487.22136
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 68–77. doi: 10.1159/000075537
- Taylor, GJ, Bagby, RM e Caretti, V. (2014). *La valutazione dell'alessitimia con la Tsia*. Milano: Cortina.
- Temoshok, L., Heller, B. W., Sagebiel, R. W., Blois, M. S., Sweet, D. M., Diclemente, R. J., & Gold, M. L. (1985). The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 29(2), 139–153. doi: 10.1016/0022-3999(85)90035-2
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surv* 6: 545-567.
- Terzani, T. (2004). *Un altro giorno di giostra*. Milano: Longanesi.
- Todarello, O., Pesa, M. L., Zaka, S., Martino, V., & Lattanzio, E. (1989). Alexithymia and Breast Cancer. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(1), 51–55. doi: 10.1159/000288134
- Todarello, O., Casamassima, A., Marinaccio, M., Pesa, M. L., Caradonna, L., Valentino, L., & Marinaccio, L. (1994). Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Pilot Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(3-4), 199–204. doi: 10.1159/000288890

- Todarello, O., Casamassima, A., Daniele, S., Marinaccio, M., Fanciullo, F., Valentino, L., ... Marinaccio, L. (1997). Alexithymia, Immunity and Cervical Intraepithelial Neoplasia: Replication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(4), 208–213. doi: 10.1159/000289136
- Torta, R., & Mussa, A. (1997). *Psiconcologia: basi biologiche, aspetti clinici e approcci terapeutici*. Torino: Centro scientifico.
- Toscani, F. (1997). *Il malato terminale*. Milano: Il Saggiatore.
- Trombini, G., Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Bologna: Il Mulino.
- Trunzo, J. J., & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 805–811. doi: 10.1037/0022-006x.71.4.805
- Tulipani, C., Morelli, F., Spedicato, M. R., Maiello, E., Todarello, O., & Porcelli, P. (2010). Alexithymia and Cancer Pain: The Effect of Psychological Intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(3), 156–163. doi: 10.1159/000286960
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston, MA: Little, Brown.
- Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 30(3), 413–434. doi: 10.1016/s0191-8869(00)00033-7
- Vries, A. D., Forni, V., Voellinger, R., & Stiefel, F. (2012). Alexithymia in Cancer Patients: Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(2), 79–86. doi: 10.1159/000330888
- Waller, E., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2004). Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(3), 200–209. doi: 10.1097/01.nmd.0000116463.17588.07
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(3), 239–247. doi: 10.1016/s0022-3999(03)00613-5
- Ware JE, Keller SD, Kosinski M (1995): SF-12: How to Score the SF-12 Physical and Mental Health Summary Scales, ed 2. Boston, The Health Institute, New England Medical Center.
- Watson, M., Pettingale, K. W., & Greer, S. (1984). Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(6), 467–474. doi: 10.1016/0022-3999(84)90080-1
- Waxler-Morrison, N., Doll, R., & Hislop, T. G. (1995). The Use of Qualitative Methods to Strengthen Psychosocial Research on Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 177–191. doi: 10.1300/j077v13n01\_10
- Winnicott, D. W. (1956). La psicosi e l'assistenza del bambino, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1956). *Preoccupazione materna primaria*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.

- Yalom, I. (1997). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppi, quarta edizione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Yao, S., Yi, J., Zhu, X., & Haviland, M. G. (2005). Reliability and factorial validity of the Observer Alexithymia Scale—Chinese translation. *Psychiatry Research, 134*(1), 93–100. doi: 10.1016/j.psychres.2004.08.010
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zelman, S., & Giller, E. L. (1997). Alexithymia in holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 93–100. doi: 10.1002/jts.2490100108
- Zautra, A. J., Hamilton, N., & Yocum, D. (2000). Patterns of Positive Social Engagement among Women with Rheumatoid Arthritis. *The Occupational Therapy Journal of Research, 20*(1\_suppl). doi: 10.1177/15394492000200s103
- Zeitlin, S. B., Lane, R.D., O’Leary, D. S., Schrift, M. J. (1998). Interhemispheric transfer deficit and alexithymia.. *American Journal of Psychiatry, 146*(11), 1434–1439. doi: 10.1176/ajp.146.11.1434
- Zigmund AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand; 67*: 361–370.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry, 51*(3), 225. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950030061006
- Zimmermann, T., Heinrischs, N., Scott, J. L. (2006). CanCOPE “Step By Step”: The Effectiveness of a Couple-based Intervention Program for Women with Breast of Gynaecological Cancer. *Verhaltenstherapie, 16*(4), pp 247-255.

**Sitografia:**

- Giampaolo, S., Gualtieri, E., Fuggetta L. (2015). *Corso di psicosomatica*, <http://www.sicap.it/merciai/psicosomatica/students/onco.htm>. Data di accesso: 05/05/20