

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA  
UNIVERSITÉ DE LA VALÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI  
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

**ANNO ACCADEMICO 2020/2021**

**Psicosomatica ed emozioni: pazienti alessitimici  
affetti da fibromialgia**

Relatore:  
Prof.ssa Stefania Cristofanelli

Studentessa: Lombardi Alice

N° matricola: 18D03062

## Sommario

Introduzione.....	3
CAPITOLO 1. Medicina psicosomatica ieri e oggi.....	5
1.1 Storia della medicina psicosomatica .....	6
1.2 Concetto di “psicosomatica” .....	11
1.3 Inquadramento diagnostico .....	14
CAPITOLO 2. Psicosomatica ed emozioni .....	23
2.1 Malattie psicosomatiche: fibromialgia .....	23
2.2 Il costrutto di alessitimia .....	30
2.3 Trauma, ansia e depressione in alessitimia e fibromialgia.....	34
CAPITOLO 3. Osservazione di uno studio clinico.....	40
3.1 Presentazione dello studio clinico .....	41
Conclusioni.....	51

## Introduzione

Questo elaborato ha lo scopo di delineare cosa si intende per disturbi psicosomatici e si propone di evidenziare come questi ultimi possano correlare con il costrutto di alessitimia andando poi ad approfondire uno di essi, ovvero la sindrome fibromialgica.

Nel primo capitolo viene esplorata l'evoluzione storica della medicina psicosomatica (disciplina scientifica che indaga le cause e gli effetti delle relazioni fra mente e corpo in ambito clinico) partendo dalle concettualizzazioni compiute sin dall'Antica Grecia, con Ippocrate di Kos (V-IV sec a.C.) e Galeno di Pergamo (150 d.C.), passando per l'Età dei Lumi con le teorizzazioni di Pinel e Kraepelin, sino ad arrivare alle teorie e ai modelli formulati in ambito "psicosomatico" negli anni Duemila, tra cui: la teoria delle "proprietà emergenti" (Porcelli, 2009) e il modello "dual aspect monism" elaborato da Panksepp (2005). Per quanto concerne la diagnosi in psicosomatica, viene presentato l'inquadramento previsto dal DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali; APA, 2013), che è il riferimento diagnostico maggiormente utilizzato in questo ambito in quanto permette al clinico di poter formulare una diagnosi accurata del disturbo sulla base di tre principali criteri diagnostici e di rilevare i possibili fattori di rischio che possono portare all'insorgenza dei disturbi stessi.

Il secondo capitolo si apre descrivendo il vissuto di malattia in psicosomatica che risulta difficoltoso per due motivi, prendendo in primo luogo in considerazione la complessità per il clinico nel fare una diagnosi accurata considerando le molteplici connessioni possibili tra funzioni psichiche e meccanismi biologici che possono causare l'insorgere della malattia, ed in secondo luogo la difficoltà per il paziente nel dare significato e una rappresentazione precisa del dolore che prova. Una possibile soluzione a tali

problematiche viene proposta da Engel (1977) il quale, attraverso il "modello biopsicosociale" propone che per fare una diagnosi accurata, non sia da considerare unicamente il deficit bio-chimico ma che occorra includere anche il background socioculturale ed il vissuto soggettivo di vita del paziente.

All'interno di tale cornice viene successivamente approfondita nello specifico una delle malattie psicosomatiche più difficili da diagnosticare proprio a causa dei molteplici sintomi che colpiscono chi ne soffre, ovvero la sindrome fibromialgica, una tipologia di reumatismo extra-articolare generalizzato, caratterizzata da dolori cronici, rigidità, astenia, tensione a carico dei muscoli e dei tessuti peri-articolari e delle inserzioni tendinee (Grieco, 2019). In seguito viene introdotto il costrutto di alessitimia caratterizzato dalla mancata capacità di saper riconoscere ed esprimere le emozioni presente anche nei pazienti fibromialgici. Infine viene indagato il modo in cui il trauma, i disturbi ansiosi e depressivi possano essere correlati alla sindrome fibromialgica e all'alessitimia.

Nell'ultimo capitolo viene analizzato uno studio clinico, condotto da un gruppo di ricercatori dell'università di Granada in collaborazione con un'associazione per la fibromialgia, riguardante il ruolo moderatore che svolge l'alessitimia nella relazione tra distress emozionale e la valutazione del dolore in donne affette da fibromialgia.

## CAPITOLO 1. Medicina psicosomatica ieri e oggi

Per comprendere il significato di medicina psicosomatica occorre guardare indietro nel tempo, ripercorrendo le radici della medicina e del concetto, nella storia, di mente e corpo.

In questo capitolo, vengono esplorate le origini della medicina psicosomatica, partendo da colui che è considerato il padre fondatore della medicina, ovvero Ippocrate di Kos, passando per l'Età dei Lumi, fino ad arrivare alla proposta di definizione di psicosomatica formulata nel 2013 all'interno del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5). La relazione mente-corpo e il modo in cui questi si influenzano a vicenda è da sempre stato oggetto di interesse. Scopo di questo capitolo è osservare come nel tempo si sia giunti alla consapevolezza che non è solo il corpo ad avere influenza sulla psiche, ma di come anche quest'ultima a sua volta influenzi il soma. Dimensioni fondamentali da considerare per comprendere come i pensieri e le teorie degli autori si sono avvicinati nel tempo sono il concetto di diagnosi e i metodi utilizzati per fare diagnosi clinica di malattia. Il termine diagnosi deriva dal greco: *dia* (per mezzo di, mediante) + *gnosis* (conoscenza) e significa "riconoscere attraverso". In medicina consiste in un giudizio che presuppone il riconoscimento di una condizione morbosa in base all'esame clinico del malato. "La diagnosi ha una vera e propria funzione descrittiva la cui finalità è quella di determinare il funzionamento di un essere umano sotto l'aspetto comportamentale, psicologico e psicopatologico grazie al quale è possibile la messa a punto di una adeguata terapia" (Ackerman, 1958).

La diagnosi clinica è orientata alla definizione del funzionamento dell'individuo, che va oltre la sola sintomatologia, comprendendo l'assetto cognitivo ed emotivo del soggetto.

Valuta, inoltre, il suo stile di pensiero e la capacità di rappresentazione mentale mediante l'analisi dei processi di valutazione e decisione, oltre alla presenza o meno di vissuti emozionali psicopatologici che influenzano i suoi comportamenti. Nel corso del tempo sono stati utilizzati due principali paradigmi diagnostici: a) organicista/nosografico/categoriale, b) dimensionale/idiografico/funzionale. La diagnosi nosografica si basa sull'assunto secondo cui i disturbi psicologici, al di là della loro eziopatogenesi, possano essere descritti come entità specifiche sulla base di segni e sintomi. In psicopatologia questa corrente di studi postula alla base delle malattie mentali un deficit o una lesione (macroscopica, istologica o biochimica) del cervello. Questo modello rifiuta il dualismo anima-mente-corpo in favore di un'interpretazione di tipo comportamentistico unilaterale (Treccani, [www.treccani.it](http://www.treccani.it)). Al contrario, il modello idiografico/funzionale guarda oltre il sintomo manifesto per fare diagnosi, proponendosi di studiare i fenomeni secondo le individualità del soggetto. Occorrerà quindi dare importanza non solo alla disfunzione organica, ma anche agli aspetti della vita del paziente più soggettivi come ad esempio il contesto in cui il soggetto si è sviluppato, la cultura di appartenenza e la storia personale (Treccani, [www.treccani.it](http://www.treccani.it)). Una considerazione completa e approfondita della vita del soggetto è di fondamentale importanza in quanto permette al clinico, non solo di formulare una diagnosi accurata del paziente, ma anche di poter progettare un percorso terapeutico basato sulle specifiche necessità del paziente.

## 1.1 Storia della medicina psicosomatica

Per giungere all'attuale concetto di medicina psicosomatica occorre ripercorrere le sue origini e il contesto in cui è nata e si è sviluppata. Si può considerare Ippocrate di Kos,

vissuto in Grecia intorno al V secolo a.C., il primo medico nonché padre della psicopatologia. Egli ricondusse a leggi naturali ogni fenomeno di malattia in aperta rottura con la tradizione precedente di orientamento teocratico sacerdotale. Prima dell'avvento di Ippocrate, infatti, si riteneva che la malattia fosse una conseguenza diretta di una punizione divina del singolo, ovvero di una colpa morale. La cura, e la conseguente guarigione, era possibile, entro questa cornice concettuale, tramite riti e cerimonie di purificazione. Il compito del guaritore era affidato dunque alla figura del sacerdote, appartenente alla classe sociale dominante. Dal V secolo a.C. si afferma una differente concezione di malattia proposta da Ippocrate di Kos, secondo cui la malattia (senza distinzioni tra mentale e organica) veniva considerata il prodotto di una alterazione somatica. Nacque dunque in questo periodo storico-culturale la figura professionale del medico specializzato nella guarigione del corpo. Sebbene i sintomi psichici furono riconosciuti come una delle possibili forme di espressione della malattia, la psiche non venne tuttavia identificata come possibile causa primaria del disagio. Secondo Ippocrate la salute dipendeva dall'armonia e dall'equilibrio di organi ed umori; in particolare vennero individuati quattro fluidi corporei, la cui alterazione e il conseguente disequilibrio, portavano all'insorgenza di malattia:

1. *Sangue*, responsabile di allucinazioni e deliri.
2. *Bile gialla*, facilitatrice di comportamenti aggressivi.
3. *Bile nera*, determinatrice di malinconia e tristezza.
4. *Flegma*, causa ritiro e sensazioni di angoscia.

Successivamente, intorno al I secolo d.C., un altro medico greco, Galeno di Pergamo, riprese la tradizione umorale ippocratica affermando che la malattia fosse riconducibile ad uno squilibrio del pneuma ovvero il soffio vitale, l'anima, lo spirito, connesso alla

vita. La patologia poteva svilupparsi dunque in tre forme differenti in base all'alterazione del:

1. *Pneuma naturale*, prodotto dal fegato e distribuito in tutto il corpo attraverso il sangue, che presiede alla motivazione.
2. *Pneuma animale*, accumulato nei ventricoli cerebrali, che controlla movimenti, percezioni e sensi.
3. *Pneuma vitale*, generato dal cuore, alla base del carattere, delle emozioni e del coraggio.

In questo periodo storico, quasi tutti gli autori che si succedettero supportarono la teoria di unilateralità della relazione tra soma e psiche, ad eccezione di Cicerone, il quale sostenne la possibile volontarietà della sofferenza, ipotizzando infatti che la mente potesse giocare un ruolo importante nello sviluppo della malattia.

Il Medioevo segnò una grossa battuta di arresto per la storia della medicina e del suo sapere, in quanto per spiegare fenomeni psichici si fece nuovamente ricorso all'intervento divino e demoniaco, quale principale fattore causale, soprattutto in ambito psichico. In seguito a questo lungo periodo di recessione del generale sapere scientifico, intorno alla fine del XVII sec., si sviluppò in Europa e negli Stati Uniti la corrente dell'Illuminismo, un movimento umanistico di carattere filosofico che aveva come ideale, quello di ritenere che qualunque forma di pensiero avesse lo scopo di "illuminare" la mente degli uomini, che in caso contrario sarebbe stata oscurata dall'ignoranza e dalla superstizione. L'uomo può raggiungere l'illuminazione servendosi della critica, della ragione e dell'apporto della scienza. Il modello naturalistico fu riportato in auge, tornando al paradigma medico naturale, con conseguente ripresa del

modello descrittivo della psicopatologia. Caratteristica importante di questo periodo storico fu certamente il pluralismo teorico che lo caratterizzò. Principalmente ci furono due macro-filoni teorici, che videro tra gli esponenti più influenti: Philippe Pinel da un lato ed Emil Kraepelin dall'altro.

P. Pinel, psichiatra francese nato nel 1745, mise in discussione il modello organicista che trovava maggiore affermazione in quel momento. Per la prima volta egli ipotizzò che ricercare la causa organica di ogni alienazione potesse non essere l'approccio corretto per comprendere e spiegare al meglio lo sviluppo della psicopatologia. Secondo l'autore la maggior parte delle malattie mentali poteva essere infatti ricondotta a eventi, scelte o vicissitudini di ordine morale. Da questo momento in poi, lo studio della malattia mentale si interessò maggiormente alle vicende emotive e personali del paziente. L'osservazione attenta del paziente relativa ai suoi modi di fare e di interagire con l'altro diventò elemento centrale per diagnosticare e classificare la malattia mentale mantenendo tuttavia una prospettiva di osservazione morale e "correttiva" della stessa. Le strategie terapeutiche, di conseguenza, volsero verso un trattamento morale, che potesse sostituire le "errate" convinzioni e passioni, con altre più ragionevoli e "moralmente correttive". L'attenzione fu dunque maggiormente posta sullo sviluppo del soggetto e del suo vissuto soggettivo prendendo in considerazione anche gli aspetti emotivi. Pinel non considerò dunque il corpo e le affezioni organiche dello stesso come unica causa del disturbo mentale; dall'autore venne infatti coniato il termine *nevrosi* per indicare tutti quei fenomeni di alienazione senza substrato organico che dalla mente discendono.

E. Kraepelin, psichiatra tedesco di metà Ottocento, affermò, al contrario di quanto postulò Pinel, che il sintomo non fosse altro che una conseguenza di un'anomalia

dell'attività organica cerebrale, privo dunque di significato intrinseco. Secondo l'autore la soggettività del paziente, il suo mondo, le vicende della sua vita non potevano suscitare alcun interesse da un punto di vista psicopatologico o psichiatrico, in quanto il sintomo era concepito come un effetto diretto di un danno organico. L'attenzione venne pertanto posta non sul paziente, ma sulla malattia di cui egli era portatore.

Agli inizi del Novecento, si giunse al concetto moderno di psicosomatica, grazie all'apporto offerto dalla psicoanalisi (Porcelli,2009). In questo periodo storico si assiste pertanto ad un cambio di paradigma, che determina un passaggio da un'interpretazione organicista della patologia mentale, a una interpretazione etiopatogenetica della patologia, che si occupa dello studio dei processi e dei meccanismi psicologici che sono alla base dei disturbi mentali. Le scoperte di Freud sull'esistenza dell'inconscio e del suo ruolo patogeno nella sofferenza psichica, rivoluzionarono il modello di psichiatria classica "kraepeliniana". Freud distinse il sintomo in due aspetti: uno psicologico, di competenza della psicoanalisi, ed uno organico, di competenza della medicina. Per arrivare a questa distinzione Freud condusse una serie di studi sistematici sull'isteria e sulla nevrosi d'angoscia. Per quanto concerne l'isteria, egli evidenziò come il sintomo fisico cercasse di esprimere e comunicare in realtà una sofferenza mentale, derivata probabilmente dalla rimozione dalla coscienza di esperienze traumatiche, talmente penose da non essere tollerate dalla mente. Nel caso invece della nevrosi d'angoscia, il sintomo rappresentava il risultato dell'attivazione del sistema nervoso autonomo che poteva determinare a sua volta una serie di alterazioni patologiche, la cui causa doveva essere perciò indagata in ambito medico (Compare,Grossi, 2012).

Questi contributi portarono ad una spaccatura anche all'interno del paradigma della medicina psicosomatica, che si suddivise in due approcci: l'approccio fisiologico, il

quale indagava i sintomi somatici nevrotici e l'approccio psicoanalitico a cui competevano invece i sintomi di conversione (ovvero, conversione di un conflitto psichico in un sintomo somatico) (Carloni, 2011).

## 1.2 Concetto di “psicosomatica”

La medicina psicosomatica è la disciplina scientifica che ha come scopo l'indagine delle cause e degli effetti delle relazioni fra mente e corpo in ambito clinico (Porcelli, 2009). L'esperienza somatica è l'insieme delle sensazioni e delle rappresentazioni interne di ciò che accade nel corpo: ciò che è reale nella mente diviene reale nel corpo (Porcelli, 2009). Due costrutti utili per comprendere il significato di psicosomatica sono: organico e funzionale. Per organico si intende una condizione clinica in cui è possibile stabilire una lesione d'organo, mentre per funzionale ci si riferisce a una condizione clinica in cui c'è una funzione somatica colpita ma, senza evidenza di danno d'organo (Porcelli, 2009).

Viene proposto di seguito, un breve excursus storico dove si confronterà la prospettiva greca di “psiche” e “corpo”, con le prospettive nate a partire dal diciannovesimo secolo in Europa e negli USA. Per la filosofia greca antica il concetto di *physis* comprendeva al suo interno sia gli aspetti somatici, sia quelli psicologici, ed essi erano ritenuti come equivalenti (Snell, 1963). In un'opera riguardante il pensiero greco Snell (1963) sottolinea, il fatto che nella terminologia greca non ci fossero termini singoli per designare ciò che noi intendiamo oggi come “psiche” o “soma”. In quest'opera, per esempio, vengono citati alcuni termini tra cui: *soma* e *demas*, indicanti il corpo e *psyché* e *thymos* riguardanti la psiche. Per la filosofia ionica il *soma* era considerato il cadavere,

ossia la parte del corpo da cui è andata via la vita e che resta visibile agli altri. Con *demas* invece si intendeva sempre il corpo ma in quanto struttura, figura fisica, viva. Così come per il concetto di “corpo”, nemmeno per la “psiche” esisteva un termine unico. Tutte le funzioni che ora noi separiamo in mentali o psichiche, al tempo, erano concepite come organi o funzioni fisiche specifiche, identificate con parti e funzioni del corpo. Il termine *psyché* in origine rappresentava la funzione vitale del respiro ed era vista come sede della vita. Quando il respiro abbandonava l'essere vivente a causa di una ferita o uno svenimento, l'uomo moriva diventando così corpo morto, *soma*. Il secondo termine legato al concetto di “psiche” è *thymos*, il quale indica un organo predisposto a far muovere i muscoli e le ossa. Quando il *thymos* si staccava dai muscoli e dalle ossa l'uomo moriva perdendo, come nel caso del respiro, l'organo fisico della vita.

Passando a epoche più recenti, il primo medico che ha utilizzato il termine "psicosomatica" fu Johann Christian August Heinroth, psichiatra tedesco dell'Ottocento. Tuttavia, il vero e proprio sviluppo della medicina psicosomatica moderna, si può collocare intorno agli anni Trenta e Cinquanta del secolo scorso. In questi anni si diffuse l'ipotesi psicogenetica secondo cui le malattie fisiche, potevano essere determinate da costellazioni specifiche di strutture personalità (Porcelli, 2009).

L'avvento della psicoanalisi permise in medicina la formulazione delle prime teorie psicosomatiche. L'atteggiamento generale in quel periodo fu quello di individuare nel conflitto intrapsichico il nucleo centrale dei disturbi psicosomatici. L'influenza della psicoanalisi in medicina permise ai medici di comprendere molti fenomeni che prima risultavano incomprensibili. All'inizio degli anni Quaranta il fenomeno della psicosomatica esplose negli Stati Uniti. Lo spirito in quegli anni era fortemente

ottimista, la scienza sembrava finalmente in grado di comprendere ciò che per secoli era rimasto oscuro.

Verso la metà del secolo scorso con l'avvento di tecniche di indagine sempre più sofisticate, e grazie agli ingenti investimenti economici, in ambito biologico e farmaceutico, si scoprirono nuovi meccanismi genetici e immunitari, che aiutarono a comprendere in modo più sofisticato alcune patologie la cui origine precedentemente era sconosciuta. Queste grandi innovazioni produssero un diffuso disincanto nei confronti delle illusioni idealisticamente nutrite in precedenza nei confronti della medicina psicosomatica (Wittkower, 1960). Il fallimentare impiego di trattamenti analitici su patologie organiche portò a un progressivo allontanamento dalla medicina psicosomatica arrivando all'abbandono per qualche anno del termine stesso in favore di termini quali: "psicologia della salute", "medicina comportamentale" o "psichiatria di consultazione (Porcelli, 2009)".

A partire dagli anni Ottanta del secolo scorso sono state formulate nuove ipotesi in ambito "psicosomatico". Ci si chiede, per esempio, quali siano le relazioni causali tra mente-corpo. A tal proposito vengono formulati due modelli: interazionista, epifenomenalista. Secondo la prospettiva interazionista un evento mentale può causare un evento biologico mentre, secondo l'epifenomenalismo "l'azione dell'avvento mentale è apparente solo a livello soggettivo, in quanto la catena causale reale avviene solo all'interno degli eventi biologici" (Porcelli, 2009, p.67).

Nonostante i molteplici studi, che indagano la relazione causale tra mente e corpo, non si può affermare con certezza se sia la mente che influenza il soma o viceversa, oppure se siano entrambi causati da un terzo fattore ancora non indagato.

Una soluzione interessante è quella di concepire la *mente* come una *proprietà emergente* del cervello. Con quest'ultima si intende: “una o più caratteristiche che si verificano a un livello più elevato di complessità di un sistema e che non possono essere predette a un livello inferiore” (Porcelli, 2009, p.67).

Collegabile alla teoria delle proprietà emergenti possiamo trovare il modello di *dual aspect monism* di Jaak Panksepp. Il termine monismo deriva dall'ipotesi che l'uomo non sia unicamente né sostanza fisica, né sostanza mentale, ma che invece siano fatti della medesima sostanza, che però viene percepita in due modalità differenti, da qui il termine *aspetto duale*. A tal proposito P. Porcelli (2009) propone una riflessione interessante: “non bisogna dare per scontato che fenomeni somatici e fenomeni psichici siano in partenza separati, né tantomeno che siano correlati, ma partire dall'assunto che essi sono connessi a determinati livelli di complessità e tentare di spiegarci come si intrecciano nel dare vita ad un evento clinico” (p.77).

### 1.3 Inquadramento diagnostico

Durante la metà dell'Ottocento in America, più precisamente nel 1844, diverse migliaia di psichiatri si unirono per fondare l'American Psychiatric Association (APA). Venne pubblicata così per la prima volta, in quello stesso anno, una classificazione statistica di malati mentali, definibile come il predecessore dell'attuale manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM). Questa classificazione era stata formulata per migliorare la comunicazione fra gli operatori della salute mentale. Dopo l'avvento della Seconda guerra mondiale l'APA pubblicò nel 1952 la prima edizione del DSM. Questo

manuale è stato nel tempo sempre più articolato ed aggiornato fino ad arrivare alla sua quinta edizione nel 2013.

Come affermato nella prefazione del DSM-5 (APA, 2013) il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali è una classificazione dei disturbi mentali e dei relativi criteri diagnostici per inquadrarli, concepita per facilitare la formulazione di una diagnosi attendibile di quegli stessi disturbi. La classificazione delle malattie mentali è ateoretica e nosografica ovvero basata sulla rilevazione della sintomatologia direttamente osservabile, prescindendo dalla "struttura" alla base delle stesse e dalle caratteristiche di funzionamento implicito del paziente. Il DSM è divenuto nel corso del tempo un riferimento teorico-clinico imprescindibile per clinici e ricercatori appartenenti a contesti professionali e modelli clinici di riferimento diversi, con il proposito di giungere ad un linguaggio comune in grado di permettere ai clinici di fare una diagnosi con una buona reliability.

All'interno del manuale sono presenti tre sezioni suddivise a loro volta in capitoli; la sezione a cui verrà data maggiore importanza, ai fini di questo elaborato, sarà la seconda, dove si trovano i quadri psicopatologici dei disturbi tra cui: il disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati. Per fare diagnosi di disturbo da sintomi somatici, si dà rilievo a sintomi e segni positivi quali: sintomi somatici che procurano disagio accompagnati da pensieri, sentimenti, comportamenti anomali e comportamenti adottati in risposta a tali sintomi (APA, 2013). L'aspetto che ha permesso di arrivare a migliorare il processo di diagnosi è stata quella di aggiungere la componente affettiva, comportamentale e cognitiva fra i criteri relativi alla diagnosi di disturbo psicosomatico. Questo perché, non si rendono necessari unicamente i sintomi somatici per poter fare

diagnosi, ma anche il modo soggettivo in cui i pazienti vivono, presentano e successivamente interpretano gli stessi (APA, 2013).

Sono stati evidenziati un certo numero di fattori di rischio per l'insorgenza dei disturbi da sintomi somatici e correlati quali la: vulnerabilità genetica e biologica (per esempio, l'aumento di sensibilità al dolore), precoci esperienze traumatiche (violenza, abuso ...), problematiche di apprendimento (attenzione ottenuta per mezzo della malattia). Possono contribuire, per l'insorgenza del disturbo, anche le norme culturali e sociali in cui l'individuo è inserito. Questo perché all'interno di ogni cultura, i sintomi somatici possono essere riferiti, riconosciuti e gestiti in maniera differente; in alcune culture capita infatti che la sofferenza psicologica sia sminuita e addirittura da stigmatizzare rispetto alla sofferenza fisica (APA, 2013).

“Le presentazioni somatiche possono essere viste come espressioni di una sofferenza personale inserita in un determinato contesto sociale e culturale” (APA, 2013, sezione II, p. 358).

In questo capitolo, oltre ai *disturbi da sintomi somatici e fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche*, sui quali ci soffermeremo in seguito, vengono citate altre diagnosi:

a) *disturbo da ansia di malattia*, dove l'individuo è molto preoccupato di poter contrarre una malattia grave non diagnosticata. I sintomi se presenti possono essere lievi o tutt'al più moderati infatti, la preoccupazione del soggetto non proviene dal sintomo in sé ma dal senso che egli gli attribuisce (diagnosi medica sospetta).

L'ansia che il soggetto prova è visibilmente esagerata rispetto alla reale gravità della situazione, nemmeno i tentativi del medico di ridurre l'agitazione sono

efficaci per questi individui. In casi estremi questa ansia può diventare invalidante finendo per minare la vita e le relazioni del soggetto.

- b) *disturbo di conversione* (disturbo da sintomi neurologici funzionali), in questo caso possono essere presenti uno o più sintomi: disturbi motori, movimenti anomali, anomalie della deambulazione, episodi di generale tremore agli arti con apparente perdita di conoscenza, insensibilità agli stimoli, ridotto o assente volume della voce, articolazione alternata e nodo alla gola (APA, 2013, sezione II, p. 369).

Per fare diagnosi di disturbo di conversione sono necessari dati clinici che specificino chiaramente che il disturbo non sia causato da un danno neurologico.

- c) *disturbo fittizio*, l'individuo che presenta questo disturbo volontariamente simula in sé stesso o in altri, sintomi medici o psicologici che sono riconosciuti come non veritieri. Questi soggetti possono arrivare a chiedere una cura per sé o per terzi dopo aver deliberatamente procurato a se stessi un infortunio o una malattia (APA, 2013).
- d) *disturbi da sintomi somatici e altri disturbi correlati con altra specificazione*, questa categoria viene usata quando i sintomi somatici, che causano disagio clinicamente significativo oppure compromissione del funzionamento in ambito lavorativo, sociale, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per uno dei qualsiasi altri disturbi da sintomi somatici e correlati (APA, 2013).
- e) *disturbo da sintomi somatici e altri disturbi correlati senza specificazione*, come per il precedente disturbo anche in questo caso viene formulata diagnosi di disturbo senza specificazione se i sintomi presentati non rientrano pienamente nei criteri di altri disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati. Non è consigliato l'uso di questa categoria a meno che non ci si trovi di fronte a una situazione bizzarra in cui le informazioni sono insufficienti per effettuare una diagnosi più specifica.

Il disturbo da sintomi somatici e fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche sono anch'essi descritti in questo capitolo.

- f) *disturbi da sintomi somatici*, come per gli altri disturbi elencati, per fare diagnosi di disturbo, bisogna soddisfare tre criteri diagnostici.

**Criterio A:** presenza di uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazione significativa nella vita quotidiana.

**Criterio B:** pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati a sintomi somatici o associati a preoccupazioni per la salute, come indicato da almeno uno dei seguenti criteri:

1. pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi
2. livello costantemente elevato di ansia per la salute o per i sintomi
3. tempo ed energie eccessivi dedicati a questi sintomi o preoccupazioni riguardanti lo stato di salute.

**Criterio C:** la condizione di essere sintomatici, sebbene possa non essere continuativo il sintomo, deve essere persistente (durata di almeno sei mesi)

Bisogna inoltre specificare tre condizioni:

- a) se con *dolore predominante*: individui con sintomi somatici rappresentati prevalentemente dal dolore;
- b) se *persistente*: questo tipo di decorso è caratterizzato da sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di sei mesi);
- c) *gravità attuale* che può essere: *lieve*, soddisfatto uno solo dei sintomi specificati nel Criterio B; *moderato*, soddisfatti due o più sintomi specificati nel Criterio B;

*grave*, sono soddisfatti due o più sintomi del Criterio B, oltre ai quali ci sono molteplici sintomi fisici (o sintomo fisico molto grave).

Molto spesso gli individui con tale disturbo possono presentare molteplici sintomi somatici, che possono recare disagio e portare alterazioni significative nella vita della persona, talvolta è presente un solo sintomo ovvero il dolore.

Come citato nel DSM-5 (APA, 2013) i sintomi possono essere specifici come ad esempio un dolore localizzato, oppure relativamente aspecifici come per esempio spossatezza. I sintomi somatici che non sono riconducibili ad una condizione medica evidente non sono sufficienti per porre questa diagnosi.

La diagnosi di disturbo da sintomi somatici concomitante con una diagnosi di malattia organica non si escludono a vicenda. Gli individui che sono affetti da questo disturbo provano tipicamente una forte angoscia che si concentra sul sintomo somatico e sul suo significato. Essi, infatti, valutano il proprio malessere come ingiustificato, dannoso e fastidioso arrivando a pensare il peggio per la propria salute.

La figura del medico è ambivalente per questi individui in quanto sebbene alcune volte la rassicurazione del medico può sortire un effetto positivo sull'ansia del paziente, molto spesso, questi soggetti continuano a temere per la propria salute nonostante il responso favorevole dello stesso. Se interrogati direttamente riguardo il loro disagio, alcuni individui lo associano ad alcuni aspetti della loro vita, mentre altri negano ogni fonte di disagio che non sia quella causata dai sintomi somatici (APA, 2013). L'uso delle cure mediche è molto elevato ma dal momento che spesso non allevia le preoccupazioni del paziente, quest'ultimo può recarsi da più dottori per gli stessi sintomi. Gli individui con questo tipo di disturbo, ritengono per

lo più che la causa del loro malessere sia da ricercare in qualche anomalia organica, chiedendo di conseguenza raramente aiuto di tipo psicologico.

Nella sua forma più grave, il disturbo da sintomi somatici può compromettere oltre allo stato di salute del paziente anche la sua vita e le proprie relazioni personali.

Il disturbo da sintomi somatici è associato a disturbi d'ansia e depressione e può implicare un rischio suicidario (APA, 2013).

La prevalenza nella popolazione generale adulta non è nota, si ritiene possa collocarsi intorno al 5-7% della popolazione (APA, 2013). Le donne tendono a riferire più sintomi somatici rispetto agli uomini, si può presumere quindi, che la prevalenza del disturbo da sintomi somatici sia più alta in queste ultime.

Per quanto riguarda lo sviluppo e il decorso del disturbo, si può affermare che, per fare diagnosi sugli anziani, occorre concentrarsi principalmente sul Criterio B (ovvero, se c'è presenza di pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi correlati a sintomi somatici o associati a preoccupazioni per la salute) in quanto sintomi somatici e malattie organiche concomitanti sono molto comuni.

Nei bambini i sintomi più ricorrenti sono: mal di testa, dolore addominale, nausea e spossatezza. Fin tanto che non raggiungono l'adolescenza i bambini non si preoccupano della "malattia" in quanto tale. Sarà il genitore, infatti, ad interpretare il significato dei sintomi, e di conseguenza, a valutare il ricorso al medico (APA,2013). Il modo in cui i genitori percepiscono il sintomo è fondamentale per determinare il livello di disagio ad esso associato.

Secondo il DSM-5 (APA, 2013), ci possono essere tre principali fattori di rischio che aumentano l'insorgenza del disturbo:

- *fattori ambientali*, scarsa scolarizzazione, basso status socioeconomico ed eventi di vita recenti stressanti possono facilitare la presenza del disturbo.
- *fattori temperamentali*, il tratto di personalità dell'affettività negativa è stato identificato come fattore di rischio indipendente di un numero elevato di sintomi somatici. La comorbilità con ansia e depressione è comune e può esacerbare i sintomi e la loro compromissione.
- *modificatori del decorso*: i sintomi somatici persistenti possono essere associati a stress sociale, caratteristiche demografiche (sesso femminile, età avanzata, disoccupazione ...), storia di abuso sessuale o altre avversità durante l'infanzia, concomitante malattia organica cronica, disturbi psichiatrici.

“La presenza di sintomi somatici eziologicamente non chiari non è di per sé sufficiente per porre una diagnosi di disturbi da sintomi somatici” (APA, 2013, sezione II, p. 363).

Come accennato in precedenza, il *disturbo da sintomi somatici* può avere comorbilità con altri disturbi mentali, quali: disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzata, disturbi depressivi, disturbo da ansia di malattia, disturbo da conversione (disturbo da sintomi neurologici funzionali), disturbo delirante.

g) *fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche*: c'è la necessità di tenere in considerazione i tre principali criteri diagnostici.

**Criterio A:** presenza di un sintomo o una condizione medica (diversa da disturbo mentale).

**Criterio B:** fattori psicologici o comportamentali che influenzano negativamente la condizione medica in uno o più seguenti modi:

1. I fattori hanno influenzato il decorso o l'aggravamento della condizione medica, ritardandone la guarigione.
2. I fattori interferiscono con il trattamento della condizione medica.
3. I fattori costituiscono ulteriori rischi accertati per la salute dell'individuo.
4. I fattori influenzano la sottostante fisiopatologia, scatenando o aggravando sintomi, o sollecitando attenzione medica.

**Criterio C:** i fattori comportamentali e psicologici del Criterio B non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale per esempio disturbo di panico, disturbo da stress post traumatico ecc.

Occorre specificare se la gravità attuale è: *lieve*, aumenta il rischio medico ( ad esempio scarsa aderenza ad una determinata terapia); *moderata*, aggrava la condizione medica sottostante; *grave*, conduce a visita medica o ricovero al pronto soccorso; *estrema*, mette in serio pericolo la vita dell'individuo (APA, 2013). Caratteristica di questo disturbo è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali, clinicamente significativi, che influenzano negativamente la condizione medica del soggetto, aumentando così sofferenza, probabilità di morte e disabilità.

Per quanto concerne la prevalenza del disturbo i dati non sono chiari. I dati forniti dagli USA, provenienti dalle assicurazioni private, ci informano che è una diagnosi molto più comune rispetto a quella di disturbo da sintomi somatici. I fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche possono presentarsi a qualsiasi età. Anche in questo disturbo può esserci comorbilità con altri disturbi mentali, quali disturbo mentale dovuto ad altra condizione medica, disturbi dell'adattamento, disturbo da sintomi somatici (APA, 2013).

## CAPITOLO 2. Psicosomatica ed emozioni

Nel precedente capitolo, si è parlato del concetto di psicosomatica e di come questo sia cambiato e si sia evoluto nel corso del tempo. Questo capitolo ha come obiettivo quello di spiegare cosa e quali siano le principali malattie psicosomatiche, andando ad approfondire una delle malattie psicosomatiche più difficili da diagnosticare come tale, ovvero la fibromialgia. Viene introdotto, successivamente, il costrutto di alessitimia caratterizzato dalla mancata capacità di saper riconoscere ed esprimere le emozioni presente nei pazienti fibromialgici. Infine, vengono indagate le possibili cause della correlazione tra fibromialgia ed alessitimia con i disturbi ansiosi e depressivi ed il trauma, soprattutto quello infantile.

### 2.1 Malattie psicosomatiche: fibromialgia

Quando una persona richiede una consultazione clinica per patologie psicosomatiche, percepisce di stare male, prova disagio e malessere ed è preoccupata i propri sintomi somatici. Sintomo è un termine che deriva dal greco *sym* (insieme, con) + *pitein* (capitare, accadere) ed indica la percezione soggettiva di un cambiamento somatico che l'individuo ritiene essere degno di attenzione medica. La diagnosi in psicosomatica non è mai un'operazione semplice, in quanto se già di per sé costituisce una astrazione, le diagnosi in ambito psicosomatico sono spesso molto imprecise. Al clinico viene richiesta, infatti, molta elasticità mentale in quanto la conoscenza dei meccanismi di mediazione tra mente e corpo è tuttora molto scarsa e occorre tenere a mente la presenza di molteplici connessioni possibili tra funzioni psichiche e meccanismi biologici (Porcelli, 2009).

Porcelli (2009) a tal proposito, propone una domanda da porsi ogni volta si è in procinto di formulare una diagnosi in questo ambito: “quali sono i fattori psicologici che hanno un peso relativo importante rispetto, o in associazione, ai fattori biomedici nello spiegare la condizione clinica x di un paziente?” (p.93).

Per dare risposta a questo quesito sono stati elaborati nel tempo diversi modelli teorici, tra cui il “modello biopsicosociale” formulato dallo psichiatra statunitense George Engel (1977). Engel formulò il suo modello in un momento storico in cui la scienza stava subendo un cambio di paradigma importante. Si passava, infatti, da una visione riduzionista e iper-specializzata a una dimensione multidisciplinare. Secondo l’autore, il modello biomedico tradizionale non lasciava spazio ad alcuna dimensione (ad esempio psicologica, comportamentale, sociale, ecologica) che non fosse biologica della malattia. La prospettiva del modello biomedico tradizionale sostiene infatti non solo che la malattia sia indipendente dal comportamento sociale, ma anche che i disturbi comportamentali e psicologici possano essere ricondotti a processi biologici (Porcelli, 2009). Per Engel (1977) invece, la malattia deve essere osservata sotto molteplici punti di vista e dimensioni: biologiche, psicologiche e sociali, da cui il nome del modello. Secondo il modello biopsicosociale i fattori biologici costituiscono una condizione necessaria, ma non sufficiente alla condizione di malattia, in quanto il deficit biochimico costituisce solo uno dei molteplici fattori che causano la malattia. Per Engel, uno dei punti imprescindibili da cui partire per fare analisi è il racconto dell’esperienza di malattia riferita dal paziente. A tal proposito occorre comprendere i background culturali, sociali e psicologici, che regolano le modalità in cui il paziente riferisce la propria condizione di malattia. Le condizioni di vita del paziente sono di rilevante importanza dal momento che possono influenzare il timing dell’esordio della patologia

manifesta ed il suo decorso. La ragione per cui è stato citato questo modello è il suo grande contributo nell'aiutare a comprendere che, in tutte le malattie definite somatiche, possiamo rilevare al loro interno una componente psicosomatica (Engel, 1977).

Entrando nel dettaglio delle malattie psicosomatiche, si può dire che i disturbi psicosomatici siano causati dalla necessità delle emozioni (specialmente quelle dolorose) di trovare un modo per esprimersi senza tuttavia ottenere risultati in quanto il corpo cerca di resistervi. I disturbi psicosomatici possono essere definiti quindi come un meccanismo di difesa contro le emozioni; il disagio psicologico, quindi, non trovando una via comunicativa adatta, sarà portato a esprimersi e manifestarsi direttamente attraverso il corpo. Questo disagio può arrivare a compromettere il rapporto che si ha con sé stessi, con gli altri, la quotidianità e il complessivo stile di vita. Diversi sono gli apparati ed i sistemi che vengono coinvolti quando si parla di psicosomatica. In questo elaborato verrà preso in maggior considerazione il *sistema muscolo-scheletrico* (cefalea tensiva o mal di testa, cefalea nucale, torcicollo, crampi muscolari, stanchezza cronica, fibromialgia, dolori al rachide, artrite) con un approfondimento specifico sulla sindrome fibromialgica. Gli altri apparati che possono essere colpiti sono: l'*apparato gastrointestinale* (ulcera peptica, colite spastica psicosomatica, gastrite psicosomatica), l'*apparato cardiocircolatorio* (aritmia, ipertensione essenziale, tachicardia, cardiopatia ischemica), l'*apparato respiratorio* (sindrome iperventilatoria, asma bronchiale), l'*apparato urogenitale* (enuresi, dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia), il *sistema cutaneo* (acne, psoriasi, orticaria, dermatite psicosomatica, prurito, sudorazione profusa, secchezza della cute e delle mucose).

Nel 1592 Guillaume de Baillou parlò per la prima volta di reumatismo muscolare tentando di spiegare un quadro di sindrome fibromialgica. La prima volta tuttavia che si è parlato effettivamente di ciò che oggi si intende con fibromialgia, è stato nel 1976 grazie al contributo di P. Hench, medico statunitense. Con fibromialgia si intende: “una forma di reumatismo extra-articolare generalizzato, caratterizzata da dolori cronici, rigidità, astenia, tensione a carico dei muscoli e dei tessuti peri-articolari e delle inserzioni tendinee; accompagnata da un'aumentata e spiccata sensibilità dolorosa in siti anatomici specifici, definiti tender point” (Grieco, 2019, p. 43).

La fibromialgia può essere classificata in:

- primaria: quando attraverso strumenti diagnostici quali esami di laboratorio, radiologie, esami ematici..., non viene riscontrata nessuna patologia.
- secondaria: quando l'insorgenza della sindrome consegue a traumi o si associa a varie malattie o a disordini ormonali (Grieco, 2019).

Per fare diagnosi di fibromialgia occorre rispettare due requisiti principali proposti dall' American College of Rheumatology (Grieco, 2019):

- a. Storia di dolore diffuso da almeno tre mesi. Viene considerato diffuso quando è presente: nella metà sinistra e destra del corpo, sotto e sopra il giro vita; ci deve essere inoltre dolore assiale, centrale, lungo il rachide cervico-dorso-lombare.
- b. Dolore alla digito pressione in 11 dei 18 tender-point.

È molto difficile fare diagnosi di fibromialgia in quanto da un lato è una malattia che ancora non viene propriamente riconosciuta, venendo spesso definita come la “malattia invisibile” (Grieco, 2019, p.42) dall'altro lato, sono moltissimi i sintomi associati a questa sindrome e questo porta a confonderla spesso con altre patologie. Per fare una

diagnosi accurata l'unico reperto obiettivo, riconosciuto e validato universalmente dalla comunità scientifica, è il tender point (TP) (Grieco, 2019). In breve, il tender point è "una piccola zona dermo-epidermica delineata anatomicamente, corrispondente per lo più ad aree muscolari o di inserzione tendinea e legamentosa sulle prominenze ossee, la cui palpazione evoca vivo dolore" (Grieco, 2019, p.68). Per ovviare all'ipotetica situazione in cui, anche un soggetto sano possa provare dolore durante la digito pressione dei tender point, si rende indispensabile la valutazione della pressione necessaria a provocare dolore su una zona non diagnostica. Avvenuto questo passaggio, si procederà premendo le aree diagnostiche interessate (tender point) con una pressione di circa 2/3 volte inferiore a quella servita per provocare dolore nella zona non diagnostica.

Il sintomo maggiormente riportato da chi soffre di fibromialgia è il dolore, ed è proprio questo sintomo che più di tutti spinge chi ne soffre a consultare un medico. Il dolore che il paziente narra è più o meno diffuso in tutto il corpo, con intensificazioni al risveglio ed è associato a parestesie, ovvero gonfiore all'estremità degli arti (Grieco, 2019) Ci sono poi altri sintomi che caratterizzano la sindrome fibromialgica, tra cui: facile faticabilità con ridotta tolleranza agli sforzi, disturbi del sonno (per esempio difficoltà ad addormentarsi, risveglio precoce o brusco), deficit dell'attenzione e della memoria, senso di peso al torace e dolore toracico non cardiaco, cefalea muscolo tensiva, colon irritabile, respiro corto e superficiale, dolore temporo-mandibolare, dolore pelvico cronico, sensazioni che ogni parte del corpo faccia male, sensazione di cute irritata e ipersensibile, acufeni, bocca secca, fenomeno di Raynaud (consiste in un vasospasmo da parte della mano, in risposta al freddo o a uno stress emotivo, che provoca sensazione dolorosa e variazioni del colorito cutaneo reversibili a carico di una

o più dita), nausea, dolore cronico diffuso, penetrante e pulsante, ansia, depressione, attacchi di panico etc. (Grieco, 2019).

Si possono inoltre elencare altrettanti fattori aggravanti che possono favorire l'insorgere o il peggioramento della malattia, quali: esposizione a freddo e umido, sforzi e movimenti ripetitivi, distress, situazioni conflittuali, sedentarietà, privazioni di sonno, situazioni stressanti ripetute, depressione reattiva a lutti o perdite.

Tra i fattori che possono contribuire all'eziopatogenesi delle "fibromialgie" (dolori muscolo-scheletrici, fibrosi, indurimenti connettivali e rigidità articolari), occorre citare l'infiammazione a carico della matrice extra cellulare. Questa tipologia di infiammazione viene ritenuta un meccanismo di difesa che il Sistema Immunitario mette in atto per eliminare tossine e aggressioni batteriche o virali. La reazione infiammatoria svolge il suo compito all'interno della matrice extra cellulare, ovvero l'insieme di tessuti compresi fra una cellula e l'altra e, all'interno del funzionamento fisiologico della cellula, espelle nella matrice extracellulare le tossine acide prodotte dall'organismo, che successivamente verranno eliminate e drenate. Non sempre tuttavia questo accade, cioè capita tal volta che gli acidi permangano più a lungo nella matrice extracellulare e che il Sistema Immunitario, come conseguenza, attivi questo tipo di infiammazione. Si crea in questo modo una situazione di eccessiva chiusura dei capillari (blocco circolatorio), attraverso cui le tossine sarebbero dovute passare per essere espulse; l'infiammazione perdura invece così nel tempo, generando una risposta autoimmune aggressiva contro l'organismo stesso. Il fenomeno dell'acidosi extracellulare può avere svariate cause tra le quali: scarsa/eccesso di attività fisica, mancanza di sonno, alimentazione iperproteica, scarso apporto di acqua, stati d'ansia e depressione.

Tali fattori possono portare ad una attivazione dell'ipertono ortosimpatico che causa a sua volta una infiammazione che si cronicizza e che porta con sé sintomi dolorosi. Il dolore che gli individui fibromialgici avvertono in maniera diffusa, deriva dalla continua sollecitazione dei recettori del dolore dislocati nella matrice extracellulare (Grieco, 2019). Nella sindrome fibromialgica tutti i sistemi sensoriali possono essere sovraeccitati, questo comporta una maggiore sensibilità ai vari stimoli sensoriali che la persona esperisce. I fattori che possono creare un sovraccarico sensoriale, mal gestito dall'organismo, sono ad esempio i traumi contusivi, distorsivi, compressivi, gli interventi chirurgici, bruschi raffreddamenti, sforzi intensi e prolungati nel tempo, ma anche distress e trauma emotivo intenso. Si può dire quindi che i meccanismi che provocano la sindrome fibromialgica possono essere considerati meccanismi di difesa, filogeneticamente predisposti per proteggerci dagli eccessi di informazioni sensoriali (Grieco, 2019). L'aumento di eccesso di informazioni, può essere imputato all'accelerazione drastica dei ritmi di vita avvenuta nell'ultimo ventennio nei Paesi industrializzati. I ritmi di vita sono oramai contraddistinti da crescente fretta e inquietudine, senso di solitudine, insoddisfazione perenne e depressione. Queste condizioni hanno fatto sì che sempre più categorie di soggetti vengano colpite da questa malattia. Secondo i dati degli ultimi trent'anni, infatti, la prevalenza di fibromialgia si rileva maggiormente nelle donne (3-5%) rispetto agli uomini (0,5-2%) con un rapporto di circa un uomo su nove donne colpite ed un range di età compreso fra i 20 e 50 anni (Grieco, 2019). Nel corso degli ultimi decenni tuttavia, questi dati sono diventati meramente orientativi in quanto sempre più bambini e anziani vengono diagnosticati affetti da fibromialgia, comportando di conseguenza, un ampliamento del range di persone a rischio (Grieco, 2019).

## 2.2 Il costrutto di alessitimia

Il costrutto di alessitimia fu elaborato nel 1970 da John Nemiah e Peter Sifneos. Il termine deriva dal greco (*a*, assenza, *lexis*, linguaggio, *thymos*, emozione) e significa letteralmente “mancanza di parole per le emozioni” (Nemiah & Sifneos, 1970).

Tradizionalmente il termine alessitimia è stato ricondotto prevalentemente a sette patologie psicosomatiche (ulcera peptica, artrite reumatoide, colite ulcerosa, neurodermatite, asma bronchiale, ipertensione, ipertiroidismo), tanto che negli anni, questo costrutto, è stato spesso confuso e inteso come un equivalente di “personalità psicosomatica” (Porcelli, 2009). Negli ultimi vent'anni invece, si è evinto come l'alessitimia possa esistere come costrutto a se stante, ovvero come una dimensione che può essere presente in un individuo senza che questi abbia necessariamente in concomitanza patologie psicosomatiche.

Secondo la comunità scientifica ci sono cinque caratteristiche cliniche che definiscono l'alessitimia (Porcelli, 2009):

1. *Difficoltà nell'identificare e nel descrivere le emozioni:* capita molto spesso che persone alessitimiche provino improvvisamente emozioni intense ma che non siano in grado di ricollegare la manifestazione emozionale a eventi, ricordi, fantasie o specifiche situazioni. Questi soggetti presentano una notevole difficoltà a verbalizzare i propri stati emotivi, ad averne consapevolezza.
2. *Difficoltà a distinguere fra stati affettivi soggettivi e le componenti somatiche dell'attivazione emotiva:* i soggetti alessitimici non sono in grado di esprimere a parole le proprie emozioni, lo fanno dunque attraverso la componente fisiologica corporea poiché incapaci di elaborarne l'aspetto soggettivo vissuto. In

psicoanalisi questa caratteristica è stata considerata come una difesa, che la mente mette in atto contro una angoscia di natura psicotica (McDougall, 1982/1983)

Secondo McDougall: “La distanza posta tra affetto e rappresentazione denota la distruzione del legame di significato fornito dalle parole e da ciò che esse simbolizzano” (1982/1983).

Secondo l’approccio cognitivista invece, questa caratteristica è stata concettualizzata come attenzione selettiva e amplificazione delle componenti somatiche delle emozioni. Molti individui alessitimici soffrono di ipocondria, somatizzazione e comportamenti compulsivi (abuso di sostanze, abbuffate ecc.) proprio perché c’è una predisposizione all’agire motorio per scaricare una spiacevole tensione interna (Martin & Phil, 1985).

3. *Povertà dei processi immaginativi*: le attività oniriche di questi soggetti sono caratterizzate da povertà di immaginazione. Tali soggetti sognano raramente e quando lo fanno i sogni sono caratterizzati da scene di vita quotidiana, avvenimenti diurni, eventi della vita lavorativa (De Gennaro et al., 2003; Parker et al 2000; Lumley, Bazydlo, 2000). I sogni ad occhi aperti allo stesso modo sono quantitativamente molto scarsi e qualitativamente molto poveri poiché anche essi si concentrano su preoccupazioni per il futuro o su eventi accaduti. Il colloquio con i soggetti alessitimici risulta frammentario, noioso, circoscritto a sintomi, esami medici o eventi accaduti. Per quanto riguarda l’aspetto fisico risultano rigidi nella postura e nella mimica facciale, inoltre si può denotare per lo più mancanza di empatia.

4. *Stile cognitivo orientato verso la realtà esterna*: citando le parole dello psichiatra Sifneos, gli individui alessitimici sono “computer viventi completamente privi di emozioni” (1991, p.119).

Sul piano cognitivo, questa caratteristica si manifesta attraverso un pensiero razionale, che tende a rappresentare esperienze ed eventi senza investimento affettivo come se l'individuo fosse spettatore della sua stessa vita.

5. *Conformismo sociale*: questa caratteristica spesso non viene inclusa nelle caratteristiche dell'alessitimia in quanto secondo diversi autori, sarebbe più una conseguenza derivata dalle caratteristiche psicologiche inerenti l'area delle relazioni interpersonali. I soggetti alessitimici tendono spesso a definirsi esternamente attraverso l'identità di ruolo mostrando una stretta aderenza alle regole sociali di adattamento, mentre in realtà non riescono ad interpretare autenticamente la propria identità, evidenziando scarse capacità di mantenere relazioni interpersonali intime nel tempo e scarsa capacità di sintonizzazione con l'altro (Porcelli, 2009).

Per arrivare ad una maggiore comprensione del concetto di alessitimia occorre introdurre due termini fondamentali: *emotions* e *feelings*. Le *emotions* (emozioni) sono intese come fenomeni biologici innati, programmati geneticamente, funzionali alla sopravvivenza della specie. Si tratta di fenomeni biologici mediati dai sistemi subcorticali e limbici ed i relativi indicatori sono i segnali non verbali come ad esempio la mimica facciale, la postura, il tono vocale e la gestualità. I *feelings* (sentimenti), al contrario, sono definiti come fenomeni psicologici individuali. Si tratta di fenomeni molto più complessi dal momento che implicano l'elaborazione cognitiva ed un vissuto soggettivo mediato dalle funzioni neocorticali. I *feelings* consentono di valutare la

risposta emotiva a stimoli esterni e interpersonali e di comunicare intenzionalmente le emozioni mediante il linguaggio verbale, extra verbale e di simbolizzazione. La cultura di appartenenza, le esperienze infantili, la rappresentazione di sé e degli altri, i ricordi, i sogni e le fantasie giocano un ruolo fondamentale. È proprio da questi ultimi che dipenderà il modo in cui il soggetto esprimerà e rappresenterà i propri *feelings* (Porcelli, 2009). Come afferma Porcelli (2009), le *emotions* precedono sempre i feelings, ma l'individuo si rende conto di quello che sta accadendo solo tramite i *feelings*, grazie ad un processo di elaborazione simbolica o mentale delle emozioni. La differenza tra *emotions* e *feelings* è fondamentale perché spiega come l'alessitimia non indichi persone prive di emozioni, bensì individui con un deficit della componente psicologica dell'affetto. L'individuo alessitimico esprime cioè le proprie emozioni attraverso l'attivazione fisiologica del corpo, senza ricorrere a strumenti psicologici come fantasie e pensieri per rappresentarle (Porcelli, 2009).

Il *Diagnostic criteria for psychosomatic research* (DPCR) suggerisce, per poter fare diagnosi di alessitimia, di indagare sei criteri specifici, con un cut-off di almeno tre (Fava et al., 1995):

- I. Incapacità a usare parole appropriate per descrivere le emozioni.
- II. Tendenza a descrivere dettagli fattuali al posto delle emozioni provate in relazione a specifici eventi.
- III. Mancanza di fantasie.
- IV. Contenuti di pensiero associati più a eventi esterni che a fantasie o a emozioni.
- V. Scarsa consapevolezza delle reazioni somatiche comuni che accompagnano l'esperienza di vari sentimenti.

## VI. Scoppi occasionali ma violenti e spesso inappropriati di comportamento affettivo.

Per quanto riguarda gli strumenti diagnostici, il costrutto è rilevabile, per esempio, attraverso l'utilizzo della Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992). La TAS-20 è attualmente lo strumento più utilizzato e più attendibile per la valutazione dell'alessitimia su ampia scala. Si tratta di un questionario autosomministrato formato da 20 item suddiviso in tre scale fattoriali: difficoltà a identificare i sentimenti, difficoltà a esprimere i sentimenti agli altri e stile cognitivo orientato all'esterno. Secondo le statistiche, ottenute da centinaia di lavori pubblicati utilizzando le scale di Toronto (TAS-20), la prevalenza di Alessitimia nei disturbi psicosomatici classici (artrite reumatoide, nevrosi cardiaca, asma allergica, ecc.) e nevrotici (fobie, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi sessuali, ecc) si aggira tra il 20% e il 40%. Per quanto riguarda invece patologie mediche (per es. sindrome del dolore cronico, ipertensione essenziale, disturbi gastrointestinali) e disturbi psichiatrici (per es. depressione maggiore, disturbo d'ansia generalizzato, disturbo post-traumatico da stress, bulimia nervosa) le percentuali salgono, fino ad arrivare a un range che va dal 45% all' 80%.

### 2.3 Trauma, ansia e depressione in Alessitimia e fibromialgia

Nei paragrafi precedenti si è delineato come sia la fibromialgia che l'alessitimia possano essere correlate a disturbi d'ansia e depressione. Per quanto riguarda la fibromialgia i fattori che potrebbero spiegare questa correlazione sono da ricercare, per esempio, nell'aumento dei ritmi di vita e nel conseguente eccesso di informazioni provenienti

dall'esterno. Un continuo "bombardamento" di informazioni sensoriali, può infatti creare nel tempo acidosi nella matrice extracellulare (Grieco, 2019). Chi soffre di acidosi cronica si trova a vivere in un corpo costantemente in allarme, da qui l'ansia libera, l'ansia anticipatoria, l'apprensione continua e l'ansia generalizzata. L'acidosi della matrice extracellulare, nel cervello, va ad alterare l'integrazione fra le varie funzioni cerebrali. Secondo Grieco (2019) le funzioni del "Sé", ovvero le funzioni mentali che permettono di dare senso all' identità personale, risiedono proprio nello spazio extracellulare tra un neurone e l'altro (sinapsi); l'acidosi presente in questo spazio, quindi, può portare ad alterazioni di tali funzioni, alla base di ogni disturbo psichico. La persona fibromialgica tendenzialmente non riesce a trovare rimedio alla sofferenza provata e potrebbe iniziare quindi, come conseguenza, a chiudersi in sé stessa concentrandosi prevalentemente sui propri problemi e sulle sensazioni provate, allontanandosi sempre di più dalla vita sociale. Questa esclusione dalla vita di relazione, e da tutto ciò che ne deriva, come interessarsi agli altri, non coltivare le proprie passioni e non partecipare alla vita familiare, può costituire un fattore di rischio per la depressione.

Anche lo stress post- traumatico viene considerato come uno dei fattori possibili che possono contribuire allo sviluppo della fibromialgia. Da un punto di vista biologico infatti, dopo un evento stressante molto intenso, l'asse ipofisi-ipotalamo-surrene, centrale nella sindrome fibromialgica, può subire uno squilibrio. Anche i circuiti Psico-Neuro-Endocrino-Immunitario (PNEI), possono subire in questo senso una alterazione andando ad influire sul "dialogo continuo" fra vissuti psicologici, sistema nervoso, endocrino ed immunitario. Si può dunque affermare che: "dopo uno stress di

eccezionale intensità una reazione fibromialgica diffusa non sarà solo probabile ma anche certa" (Grieco, 2019, p.100).

Per quanto riguarda l'alessitimia si ipotizza che essa si possa sviluppare in seguito all'esposizione ad eventi traumatici. La relazione con il trauma può essere ricercata in particolare all'interno degli stili di attaccamento con le figure nucleari primarie. La sintonizzazione affettiva e la sensibilità delle figure di attaccamento sono tra le componenti principali del modo in cui il bambino imparerà a regolare gli affetti e a entrare in relazione con gli altri (Bretherton 1985; Schore 1994). Talvolta accade che gli stili di attaccamento durante l'infanzia non si sviluppino in modo adeguato, questo comporta una perdita del senso di sicurezza nei bambini, i quali possono formare modelli operativi interni che riflettono strategie di evitamento o ansia rispetto ai rapporti di attaccamento. Gli stili di attaccamento ritenuti più a rischio per l'insorgenza dell'alessitimia, sono lo stile di attaccamento ansioso ed evitante. Gli individui che presentano stili di attaccamento insicuri presenteranno a loro volta strategie insicure di regolazione degli affetti: nel caso di soggetti evitanti si avrà una disattivazione del sistema di attaccamento, mentre nei soggetti ansiosi si avrà una iper-attivazione di tale sistema (Koelen et al., 2015).

Diversi modelli teorici, susseguitosi nel tempo, concordano sul ritenere che l'alessitimia, possa insorgere come conseguenza di un arresto evolutivo relativo alla comprensione e all'elaborazione delle emozioni, il che a sua volta deriva da gravi malfunzionamenti dell'autoregolazione e regolazione interpersonale degli affetti durante l'infanzia (Bucci 1997a; Krystal 1988; Schimmenti e Caretti 2016; Taylor 1987, 2010). Una delle teorie più influenti e significative che ha permesso di collegare il trauma, lo stile di attaccamento e l'alessitimia è la "teoria del codice multiplo" di Bucci (1997).

Questa teoria sostiene che uno schema emotivo contiene al suo interno tre componenti principali: un modo sub simbolico non verbale, un modo simbolico non verbale ed infine un modo simbolico verbale. Di fondamentale importanza è il processo referenziale, il quale collega gli elementi sub simbolici a quelli simbolici. Tale processo permette ai significati sub simbolici di poter essere rappresentati simbolicamente e, una volta che si acquisisce il linguaggio, di essere collegati a simboli verbali in modo da essere poi tradotti in discorsi organizzati logicamente (Bucci, 1997). Qualora dunque un bambino dovesse subire un trauma infantile a seguito della continua mancanza di risposte responsive da parte del care giver, il processo referenziale potrebbe essere danneggiato, determinando come conseguenza una dissociazione tra gli schemi emotivi. Bucci (2007) spiega come è proprio all'interno del rapporto di attaccamento che si sviluppa il processo referenziale e che se il bambino vive il genitore come minacciante, questa esperienza può portare a stati dissociativi. La dissociazione può causare una alterazione alla costruzione dei significati emotivi, quindi la capacità di regolazione emotiva. Secondo Bucci nell'alessitimia, dunque, mancherebbero i simboli per le esperienze somatiche e non semplicemente la mancanza di parole per i sentimenti, infatti, senza un legame con le immagini e con le parole il soggetto non può essere in grado di simboleggiare i propri stati emotivi. Nei soggetti alessitimici, capita spesso di osservare un'amplificazione delle sensazioni somatiche, dell'attivazione fisiologica e delle azioni fisiche, in luogo dei processi di mentalizzazione che permetterebbero di rispondere all'attivazione fisiologica regolandola.

Non di meno importanza sono i traumi avvenuti in età adulta. Come evidenzia Krystal (1988), un evento traumatico vissuto in età adulta può essere in grado di far crollare le abituali funzioni di regolazione e discriminazione delle emozioni. Nel caso in cui il

trauma grave dovesse perdurare nel tempo, il soggetto si distaccherà così tanto dalle emozioni che vivrà come in una specie di automatismo, dove nessuna esperienza sarà in grado di generare sentimenti, in quanto questi ultimi vengono vissuti come separati dalla coscienza. Le emozioni traumatiche minacciano il soggetto al punto che l'organismo metterà in atto una serie di difese che determineranno una mancata modulazione e riconoscimento degli affetti, i quali si scateneranno sotto forma di sintomi somatici.

L'alessitimia è stata associata a sintomi di depressione ed è risultata prevalente fra pazienti affetti da disturbi depressivi. Sempre in accordo con le teorie di Krystal (1988), il manifestarsi della depressione potrebbe essere una conseguenza di un trauma riconducibile alla forte associazione tra anedonia, alessitimia con la depressione stessa. Dagli studi di Lane, Sechrest e Reidel (1998) è emerso invece che l'elevata correlazione tra i punteggi della TAS-20 e le misure della depressione è da ricercare nel contenuto di alcuni item della TAS-20 che porterebbero i pazienti depressi a descrivere caratteristiche alessitimiche poiché collegate ad un basso livello di energia, concetti di sé negativi, carenze cognitive percepite e sintomi somatici di depressione. Un'altra ipotesi interessante è quella proposta da Mattila et al. (2008) secondo cui i soggetti altamente alessitimici a cui veniva chiesto di compilare una scala di autovalutazione sulla depressione risultavano percepirsi come depressi, senza che fossero effettivamente diagnosticati come tali. Mattila (2008) ritiene dunque necessario usare soglie più alte per fare diagnosi di depressione in pazienti con elevati livelli di alessitimia quando questi vengono valutati unicamente attraverso una misura self-report.

Oltre alla relazione alessitimia- disturbo depressivo, esiste una elevata comorbidità fra i disturbi d'ansia, disturbi depressivi e alessitimia. Fra i disturbi d'ansia che sono frequentemente correlati con l'alessitimia si può citare: il disturbo da panico, il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo d'ansia sociale. In tutti e tre i disturbi si può evidenziare come ci sia una difficoltà di fondo del soggetto nel saper gestire, descrivere e comunicare le emozioni. Una spiegazione possibile è che l'alessitimia possa rappresentare una forma di difesa, o un modo di agire per affrontare la sofferenza. Inoltre, le persone alessitimiche, pur avendo normali livelli di attivazione fisiologica in condizioni stressanti continue, possono non percepire la sofferenza che rimane silente a livello emotivo (Guilband et. al 2003).

Nel seguente capitolo viene riportato uno studio clinico in cui si può notare che anche in pazienti affetti da fibromialgia sono presenti alti livelli di alessitimia, in accordo con la teoria secondo cui il sistema emotivo disregolato può intaccare i sistemi biologici innescando l'esordio o la ricaduta di una sindrome somatica funzionale (Porcelli, Taylor, 2020).

### **CAPITOLO 3. Osservazione di uno studio clinico**

Nei capitoli precedenti è emerso che i soggetti affetti da patologie psicosomatiche, possono essere affetti anche da alessitimia. Quest'ultima infatti, secondo molti studi, è un fattore che gioca un ruolo importante nell'esperienza del dolore in pazienti fibromialgici. L'alessitimia è stata associata a condizioni patologiche quali distress generalizzato, disturbi psichiatrici, ansia e depressione maggiore (Malt et al., 2002).

Le condizioni patologiche, sopra riportate, si possono riscontrare anche in pazienti che presentano dolore cronico come nel caso di individui affetti da fibromialgia.

La ricerca scientifica di settore evidenzia come l'esperienza del dolore possa essere influenzata negativamente dal distress. Per quanto concerne la comorbidità con ansia e depressione nei pazienti fibromialgici è stata associata ad una scarsa capacità introspettiva riguardante la propria condizione di salute (Jensen et al., 2010), intensità elevata del dolore e cattiva qualità del sonno (Mirò, Martinez, Sanchez, Prados, & Medina, 2011).

Prendendo in considerazione altre casistiche si è potuto constatare come soggetti che presentano comorbidità sia con la fibromialgia che con il disturbo d'ansia generalizzato, riportino una gran quantità di sintomi fisici, evidenzino altissimi livelli di intensità del dolore e mettano in atto comportamenti elusivi verso gli altri (Thieme et al., 2004).

Per quanto riguarda invece i casi in cui si è riscontrata una comorbidità tra fibromialgia e depressione, sono state rilevate perdite nelle funzioni fisiologiche, inadeguata qualità del sonno, disfunzioni sessuali ed una generale scarsa qualità della vita rispetto ai pazienti fibromialgici non affetti da disturbo depressivo (Lange & Petermann, 2010).

In relazione a ciò la letteratura scientifica supporta il fatto che il dolore molto intenso è associato a distress e ad una limitata consapevolezza del proprio stato emotivo (Lumley et al., 2011).

Nei seguenti paragrafi verrà analizzato uno studio clinico riguardante il ruolo moderatore dell'alessitimia nella relazione tra distress emozionale e la valutazione del dolore in donne affette da fibromialgia.

### 3.1 Presentazione dello studio clinico

Lo studio clinico scelto è stato analizzato dalla seguente ricerca: “Relationships Between Physical Symptoms, Emotional Distress, and Pain Appraisal in Fibromyalgia: The Moderator Effect of Alexithymia” (Pilar Martínez, Sánchez, Miró, Lami, Prados & Morales, 2015). Tale ricerca è stata effettuata da un gruppo di ricercatori dell'Università di Granada in collaborazione con il Rheumatology Service Pain and Palliative Care Unit of Virgen de las Nieves University Hospital Granada e l' AGRAFIM (Asociación Granadina Fibromialgia), un'associazione per la fibromialgia anch'essa situata a Granada. L'obiettivo finale dello studio è stato quello di analizzare il ruolo moderatore dell'alessitimia nella relazione tra stress emotivo e valutazione del dolore nella sindrome fibromialgica. A tal scopo è stata indagata la possibilità che la presenza di *emotional distress* influenzino sia la fibromialgia, che l'alessitimia.

Per quanto riguarda la rilevazione delle possibili problematiche legate alla presenza di disturbi mentali, dolore e dolore intenso sono stati usati diversi strumenti, tra i quali:

- *Short-Form Mc Gill Pain Questionnaire* (SF-MPQ; Melzack, 1987) per valutare l'esperienza del dolore.
- *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman, &

*Kupher, 1989*) per valutare la qualità del sonno.

- *Impairment and Functioning Inventory (IFI; Ram'irez-Maestre & Valdivia, 2003)*, per valutare il grado di menomazione di funzionamento di pazienti affetti da patologie croniche in diverse aree della vita (per es. in attività sociali, lavori di casa, attività ricreative).
- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983)* per rilevare ansia e depressione.
- *Pain Catastrophizing Scale (PCS; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995)* per la valutazione del dolore.
- *Pain Vigilance and Awareness Questionnaire (PVAQ; McCracken, 1997)* per valutare la consapevolezza e l'attenzione che il soggetto pone rispetto al dolore.
- *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994)* usato per valutare la presenza di alessitimia.

In questo elaborato si porrà particolare attenzione sull'ultimo strumento diagnostico indicato. La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) è attualmente lo strumento diagnostico più utilizzato per calcolare e valutare l'alessitimia. Si tratta di un questionario composto da 20 item e tre scale fattoriali: DIF (Difficulty Identify Feelings) difficoltà a identificare i sentimenti e a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche; DDF (Difficulty Describing Feelings) difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri; EOT (Externally-Oriented Thinking) stile cognitivo orientato verso la realtà esterna (G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, 1992).

Gli item sono classificati in base al grado di accordo o disaccordo da parte dei pazienti rispetto alle affermazioni riportate di seguito attraverso una scala Likert a cinque punti ( 1 = per niente d'accordo - 5 = pienamente d'accordo;TAS-20, 1992):

1. Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo
2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti
3. Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono
4. Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti
5. Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a
7. Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo
8. Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo
9. Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare
10. È essenziale conoscere le proprie emozioni
11. Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri
12. Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti
13. Non capisco cosa stia accadendo dentro di me
14. Spesso non so perché mi arrabbio
15. Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico

17. Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi
18. Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio
19. Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali
20. Cercare significati nascosti in film o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo

I punteggi della TAS-20 vanno da un minimo di 20 a un massimo di 100 punti, con un cut off di 60 per poter far diagnosi di alessitimia ed una deviazione standard di 10. Nel caso in cui il valore fosse compreso tra 52 e 60 si può ipotizzare la presenza di tratti alessitimici nel soggetto.

Gli strumenti di valutazione precedentemente indicati sono stati somministrati a 97 donne affette da fibromialgia e ad un gruppo di controllo di 100 donne sane.

Gli obiettivi perseguiti in modo trasversale in questo studio sono stati i seguenti:

1. Determinare le differenze in entrambi i gruppi per quanto riguarda: alessitimia, sintomi fisici, menomazioni, emotional distress e variabili della valutazione del dolore.
2. Analizzare la relazione tra alessitimia e le variabili cliniche (ansia e depressione) nelle donne affette da fibromialgia.
3. Esplorare il ruolo moderatore dell'alessitimia nella relazione tra *emotional distress* e *pain appraisal* nel gruppo clinico.
4. Valutare se l'alessitimia apporta un contributo unico ai sintomi fisici e alla compromissione di questi pazienti al di là dell'effetto dell'emotional distress e della valutazione del dolore.

Per quanto concerne il campionamento, la popolazione target è stata selezionata in parte dal reparto di reumatologia dell'ospedale di Granada e in parte dall' AGRAFIM, associazione spagnola per la fibromialgia. Secondo i criteri di inclusione sono state selezionate 97 donne affette da fibromialgia con un' età media di circa 47 anni (con una deviazione standard di = 8.03).

La scelta di optare per un campione di sole donne non è stata casuale. E' emerso infatti da diversi report, che sono le donne a provare dolore clinico maggiore, dolore connesso al distress e maggiore sensibilità al dolore rispetto agli uomini (Paller, Campbell, Edwards, & Dobs,2009). In base a tale studio la sindrome fibromialgica in percentuale sembra presentarsi maggiormente nelle donne che negli uomini (Branco et al., 2010).

I criteri di selezione del campione sono stati i seguenti:

- a) essere state diagnosticate come fibromialgiche secondo i criteri posti dall' ACR (American College of Rheumatology) (Wolfe et al., 1990);
- b) essere una donna con un' età compresa tra i 18 e 65 anni di età;
- c) essere in grado di comprendere un testo scritto.

I criteri di esclusione invece prevedevano le seguenti condizioni:

- a) avere un passato da alcolista o di tossicodipendenza;
- b) avere in concomitanza altre condizioni mediche significative;
- c) avere un disturbo depressivo maggiore, schizofrenia, disturbo borderline di personalità o altri disturbi mentali.

L'assessment psicologico includeva al suo interno un'intervista semi-strutturata e molteplici questionari self report. L'intervista verteva sulla storia personale della paziente, il suo stile di vita, il lavoro, le relazioni interpersonali, lo stato psicologico,

l'esordio e l'andamento dei sintomi. Conclusa l'intervista sono stati somministrati i questionari previsti dallo studio.

Per quanto riguarda l'aspetto socio-demografico del campione è emerso che: la maggior parte delle pazienti fibromialgiche erano sposate (78.1%), erano momentaneamente disoccupate (60.5%) e avevano un'istruzione elementare o secondaria (65.3%).

Le donne di questo campione in media avevano scoperto di essere affette da fibromialgia da circa 6 anni (DS=5.52). Il 95.9% delle partecipanti, al tempo della ricerca, stavano seguendo una terapia farmacologica assumendo ad esempio analgesici, ansiolitici, antiinfiammatori e anti-depressivi, inoltre il 96.6% seguivano ulteriori percorsi terapeutici come esercizio fisico, agopuntura, psicoterapia.

Il gruppo di controllo era costituito invece da 100 donne sane con un'età media di 48 anni (deviazione standard= 7.53).

Questo campione è stato selezionato tramite conoscenze dirette (amiche, familiari), degli studenti dell'università di Granada, attraverso le associazioni per donne casalinghe ed infine tramite il sindacato dei lavoratori.

Per i criteri di inclusione ed esclusione dalla ricerca sono stati utilizzati gli stessi parametri del gruppo clinico, così come per i questionari self-report.

Guardando l'aspetto socio-demografico del campione di controllo si è rilevato che la maggior parte di esso era sposata (88.8%), aveva un'educazione elementare o secondaria (72.6%), erano, al momento della ricerca, impiegate (64.4%).

Dai risultati ottenuti mettendo a confronto il gruppo delle pazienti fibromialgiche rispetto al gruppo di controllo, in ambito demografico, non sono state rilevate grosse differenze per quanto riguarda l'età o il livello di istruzione. L'unico aspetto che

permetteva di distinguere i due gruppi è stata la difficoltà del gruppo clinico ad avere un impiego stabile, probabilmente in ragione alla condizione di malattia.

Confrontando i self-report compilati dai due gruppi si è rilevato che alti livelli di ansia, depressione e scarsa qualità del sonno risultavano prevalenti nel gruppo clinico; questi risultati erano attesi in quanto ci si aspettava che pazienti affette da dolore cronico presentassero i disturbi sopra riportati. I livelli di ansia e depressione rilevati nelle pazienti fibromialgiche sono stati classificati come clinici o meno. E' stato dunque osservato come unicamente nelle pazienti che presentavano alti livelli di ansia e depressione clinica, l'esperienza del dolore, la catastrofizzazione del dolore, la paura del dolore, la difficoltà nel descrivere e ad identificare i sentimenti erano significativamente alti, così come la qualità del sonno risultava inadeguata.

Paragonando invece il gruppo clinico con quello di controllo, risultava che l'esperienza del dolore, la paura e l'apprensione per il dolore, la difficoltà a descrivere e ad identificare il dolore fossero più elevati nelle donne affette da fibromialgia che nelle donne sane. Il pensiero orientato esternamente, ovvero il modo in cui un individuo si concentra maggiormente su dettagli concreti di eventi accaduti esternamente piuttosto che concentrarsi sulle esperienze che potrebbe provare internamente come emozioni, fantasie e sensazioni, è invece risultato significativamente più basso nel gruppo clinico rispetto a quello di controllo.

Un altro tipo di confronto interessante tra le pazienti fibromialgiche e le donne sane è stato quello relativo alle diverse caratteristiche dell'alessitimia. Le pazienti fibromialgiche hanno mostrato deficit per quanto concerne la capacità di sapersi riconnettere con i propri stati affettivi e nel riconoscere il tipo di emozione provata. Inoltre, hanno riscontrato maggiori difficoltà, rispetto al gruppo di controllo,

nell'esprimere le proprie emozioni e nel comunicarle ad altri. Questi risultati sono coerenti con precedenti studi che individuavano le pazienti fibromialgiche come più Alessitimiche rispetto alle donne sane (Brosschot & Aarsse, 2001; Sayar et al., 2004; Tuzer et al., 2011; Van Middendorp et al., 2008).

La difficoltà nell' identificare i sentimenti e nel descriverli sono strettamente collegati con la scarsa qualità del sonno, alti livelli di ansia e sintomi depressivi e alla tendenza a provare paura associata al dolore. Nonostante ciò, nessuna di queste caratteristiche legate all'alessitimia è stata considerata invalidante per la gestione della vita quotidiana.

La difficoltà che un individuo può provare nel descrivere le emozioni è stata correlata ad aspetti sensoriali e affettivi come nel caso di esperienze di grande dolore, che può influire sulla tendenza a porre maggiore attenzione al dolore provato. Al contrario, il pensiero orientato esternamente non è stato ricollegabile a nessuna variabile clinica specifica.

I dati raccolti sembrano essere simili ad alcuni precedenti studi che dimostravano il forte legame tra l'alessitimia, il distress emozionale (Evren et al., 2006; Malt et al., 2002; van Middendorp et al., 2008) e la catastrofizzazione (Lumley et al., 2002; Makino et al., 2012); mentre la disabilità e la gravità del dolore, non sembrano avere alcun legame con l'alessitimia (Sayar et al., 2004).

Spostando l'attenzione sull'ambito bio-medico di questa ricerca, precedenti studi effettuati su soggetti sani hanno suggerito che la condizione di Alessitimia possa essere il risultato di un mal funzionamento di strutture cerebrali coinvolte nel processamento delle emozioni.

Da tali studi è emerso come la corteccia cingolata anteriore pregenuale, l'insula destra e il mesencefalo si attivano maggiormente in soggetti sani identificati come alessitimici (Kano, Hamaguchi, Itoh, Yanai, & Fukudo, 2007).

Alcuni spunti interessanti sull'origine della connessione tra alessitimia e disturbi psicosomatici possono giungere anche da alcuni studi di neuroimaging (Kano and Fukudo, 2013), in cui viene proposta l'interessante ipotesi secondo cui un insufficiente sviluppo delle strutture neurali emotive possa condurre a una ipersensibilizzazione verso le sensazioni del corpo. Sono necessarie tuttavia ulteriori ricerche per indagare le altre caratteristiche specifiche del dolore influenzate dalla presenza di alessitimia, al fine di scoprire quale possa essere il substrato neuropsicologico di questo processo.

Quando sono coinvolti il distress emozionale e la valutazione del dolore, l'alessitimia non viene considerata come predittore dell'esperienza del dolore e della scarsa qualità del sonno. Il migliore predittore per l'esperienza del dolore è infatti l'ansia, mentre la depressione è stata indicata come il miglior predittore di una scarsa qualità del sonno.

I risultati raggiunti possono essere dunque spiegati considerando da un lato l'alessitimia come una caratteristica personale, la catastrofizzazione, la vigilanza e la paura al dolore come parte delle caratteristiche della vulnerabilità. Tali caratteristiche potrebbero agire come predittori del distress emozionale solo nel caso in cui pertanto possano essere considerate la manifestazioni di ansia e depressione.

Il ruolo delle emozioni negative nella manifestazione della fibromialgia è cruciale. Tramite l'analisi di diversi report si è rilevato come ansia e depressione fossero indipendentemente associate a dolore e fatica nei soggetti fibromialgici (Kurtze, Gundersen, & Svebak, 1998) e che l'ansia, ma non la depressione, possa essere una variabile rilevante per predire il funzionamento fisiologico (Epstein et al., 1999).

E' stato inoltre ipotizzato che stress e depressione contribuiscano a deregolarizzare i sistemi neuroendocrini, immuni e centrali del dolore in pazienti fibromialgici (van Houdenhove & Luyten, 2006). Purtroppo gli specifici meccanismi attraverso i quali ogni emozione negativa esercita la sua influenza, sono ancora sconosciuti.

In ultimo sono stati esplorati il ruolo dell'alessitimia come moderatore tra ansia e catastrofizzazione del dolore e paura di provare dolore.

La tendenza a valutare il dolore come terrificante può avere un forte impatto sulle emozioni secondarie (es. ansia), soprattutto nel caso in cui il paziente abbia un deficit nel discernere le emozioni e una difficoltà a distinguere la differenza tra emozioni e sensazioni corporee.

La difficoltà nel descrivere le emozioni può moderare la relazione tra ansia e paura del dolore, suggerendo che l'esperienza legata alla paura di provare dolore associata ad un'emozione secondaria possa essere più forte in pazienti che hanno difficoltà ad esprimere e comunicare le emozioni provate (Martinez et.al, 2015).

Riassumendo, i vari tratti dell'alessitimia in interazione con la catastrofizzazione del dolore e la paura di provare dolore, possono contribuire allo sviluppo del distress emozionale (ansia), che a sua volta è associato a sintomi gravi quali una scarsa qualità del sonno ed un'esagerata esperienza di dolore (Martinez et.al, 2015).

## Conclusioni

In accordo con l'obiettivo di questo elaborato è stato possibile osservare come il costrutto di alessitimia influenzi negativamente la quotidianità e i diversi aspetti della vita dei soggetti, tanto che le caratteristiche stesse dell'alessitimia possono costituire un fattore di vulnerabilità per l'insorgere di malattie, specialmente quelle psicosomatiche (Porcelli, 2009). A supporto di questa teoria è stato possibile evidenziare la correlazione esistente tra alessitimia e fibromialgia, infatti, come emerso dall'analisi dello studio clinico riportato, proprio l'alessitimia viene ritenuta una delle possibili cause dell'insorgenza della sindrome fibromialgica.

Per quanto riguarda le diverse strategie e tecniche terapeutiche maggiormente indicate per supportare queste tipologie di quadri clinici occorre citare in primo luogo quelle che pongono come obiettivo primario il promuovere l'espressione verbale delle emozioni e delle sensazioni provate, cercando così di ridurre l'elusività emotiva che caratterizza principalmente questi individui. È stata inoltre osservata una significativa riduzione delle disforie riguardanti gli stati affettivi (per es. ansia) quando i soggetti riescono non solo a discernere le emozioni esperite (per es. paura del dolore) da altre emozioni o sensazioni corporee, ma anche quando riescono poi effettivamente ad esprimere le emozioni provate (Martinez, Sánchez, Mirò, Lami, Prados, Morales, 2015).

La difficoltà nell'identificare e nel saper descrivere le emozioni, in correlazione con i deficit nel pain appraisal (catastrofizzazione del dolore e paura di provar dolore) possono contribuire dunque allo sviluppo di patologie cliniche quali ansia e depressione (Martinez, Sánchez, Mirò, Lami, Prados, Morales, 2015). Diventa quindi di fondamentale importanza riuscire a valutare il livello di alessitimia di un paziente

fibromialgico dal momento che questo aiuterà, non solo ad identificare un'inadeguata regolazione affettiva, ma anche a poter scegliere strategie di intervento terapeutico più specifiche.

## Bibliografia:

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23–32.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Biondi, M. (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina: Raffaello.
- Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Abello-Carbonell, J., Blotman, F., Spaeth, M., & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five European countries. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 39, 448–453.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), 3-35.
- Brosschot, J. F., & Aarsse, H. R. (2001). Restricted emotional processing and somatic attributions in fibromyalgia. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 31, 127–146.
- Bucci, W. (1997 a). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford Press.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193–213.

- Carloni, C. (2011). *Fondamenti di psicosomatica*. Milano: Edizioni Enea.
- Compare, A. & Grossi, E. (2012). *Stress e disturbi da somatizzazione*. Milano: Springer-Verlag.
- De Gennaro, L., Ferrara, M., Cristiani, R., Curcio, G., Martiradonna, V., & Bestini, M. (2003). Alexithymia and dream recall upon spontaneous morning awakening. *Psychosomatic Medicine*, 65, 301-306.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Epstein, S. A., Clauw, D., Klein, D., Kuck, J., Masur, D., & Waid, R. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40, 57–63.
- Evren, B., Evren, C., & Guler, M. H. (2006). Clinical correlates of alexithymia in patients with fibromyalgia. *Pain Clinic*, 18, 1–9.
- 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, 1-8.
- Grieco, A. (2019). *Fibromialgia: finalmente buone notizie*. Pistoia: Nuove esperienze.
- Guilbaud, O., Corcos, M., & Hjalmarsson, L. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and psychological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 57, 292-295.
- Jensen, K. B., Petzke, F., Carville, S., Fransson, P., Marcus, H., Williams, S. C., & Kosek, E. (2010). Anxiety and depressive symptoms in fibromyalgia are

- related to poor perception of health but not to pain sensitivity or cerebral processing of pain. *Arthritis and Rheumatism*, 62, 3488–3495.
- Kano, M., Hamaguchi, T., Itoh, M., Yanai, K., & Fukudo, S. (2007). Correlation between alexithymia and hypersensitivity to visceral stimulation in human. *Pain*, 132, 252–263.
  - Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: The neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7, 1. Disponibile in: <http://www.bpsmedicine.com/content/7/1/1>
  - Koelen, J. A., Eurelings-Bontekoe, E. H. & Stuke, F. (2015). Insecure attachment strategies are associated with cognitive alexithymia in patients with severe somatoform disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 49, 264-278.
  - Krystal, H. (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
  - Kurtze, N., Gundersen, K. T., & Svebak, S. (1998). The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 185–194.
  - Lane, R. D., Sechrest, L. & Reidel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 377-385.
  - Lange, M., & Petermann, F. (2010). Einfluss von depression auf das fibromyalgiesyndrom:eine systematische Literaturanalyse [Influence of depression on fibromyalgia: A systematic review]. *Schmerz*, 24, 326–333.
  - Lumley, M. A., & Bazydlo, R. A. (2000). The relationship of alexithymic characteristics to dreaming. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 561-567.

- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 942–968.
- Lumley, M. A., Smith, J. A., & Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 823–830.
- Makino, S., Jensen, M. P., Arimura, T., Obata, T., Anno, K., Iwaki, R., & Hosoi, M. (2012). Alexithymia and chronic pain: The role of negative affectivity. *Clinical Journal of Pain, 29*, 354–361.
- Malt, E. A., Olafsson, S., Lund, A., & Ursin, H. (2002). Factors explaining variance in perceived pain in women with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders, 3*, 12. Disponibile in: <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/12>
- Martin, J. B., & Pihl, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatic, 43*, 169-176.
- Martinez, A. P., Sánchez, A. I., Mirò, E., Lami, M. J., Prados, G., & Morales, A. (2015). Relationships Between Physical Symptoms, Emotional Distress, and Pain Appraisal in Fibromyalgia: The Moderator Effect of Alexithymia. *The Journal of Psychology, 149*(2), 115–140.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., & Jula, A. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine, 70*, 716-722.

- McCracken, L. M. (1997). ‘Attention’ to pain in persons with chronic pain: A behavioural approach. *Behavior Therapy*, 28, 271–284.
- McDougall, J. (1982/83). Alexithymia, psychosomatosis and psychosis. *International Journal of Psychosomatic Psychotherapy*, 9, 379-388.
- Melzack, R. (1987). The short form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191–197.
- Mir’o, E., Mart’inez, M. P., S’anchez, A. I., Prados, G., & Medina, A. (2011). When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *British Journal of Health Psychology*, 16, 799–814.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, 2, 26-34.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I.J. (1994). *Psychometric theory*. NewYork: McGraw Hill.
- Paller, C. J., Campbell, C. M., Edwards, R. R., & Dobs, A. S. (2009). Sex-based differences in pain perception and treatment. *Pain Medicine*, 10, 289–299.
- Panksepp, J. (2005). Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans. *Consciousness and Cognition*, 14, 30-80.
- Parker, J. D. A., Bauermann, T. M., & Smith, C. T. (2000). Alexithymia and impoverished dream content: Evidence from rapid eye movement sleep awakenings. *Psychosomatic Medicine*, 62, 486-491.
- Ponsillo, N. G. (2020, Dicembre 5). *Psichiatria*. Disponibile in: <https://www.ponsillo.it/dizionario/psichiatria/>

- Porcelli, P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Porcelli, P. (2004). *Updates sul costrutto di alexithymia*. Disponibile in: <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/porcelli-alex-2005.htm>
- Ramírez-Maestre, C., & Valdivia, Y. (2003). Evaluacion del funcionamiento diario en pacientes con dolor crónico [Evaluation of daily functioning in patients with chronic pain]. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 11, 283–291.
- Sayar, K., Gulec, H., & Topbas, M. (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 23, 441–448.
- Schimmenti, A., & Carretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unberable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33, 10-128.
- Schore, A. N. (1994). *Affect Regulation and the Repair of the Self: The Neurobiology of Emotional Development*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Snell, B. (1963). *La cultura greca e le origini del pensiero moderno*. Torino: Einaudi.
- Soper, D. (2006). *Statistics calculators. Version 3.0 beta*. Disponibile in: <http://www.danielsoper.com/statcalc3/default.aspx>
- Sullivan, M. J. L., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 7, 524–532.

- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, *55*, 277-283.
- Taylor, G. J. (1987). *Psychoanalytic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, Connecticut: International Universities Press.
- Taylor, G. J. (2010). Affects, trauma and mechanisms of symptom formation: A tribute to John C. Nemiah. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 339-349.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgiasyndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 837–844.
- Tuzer, V., Bulut, S. D., Bastug, B., Kayalar, G., Goka, E., & Bestepe, E. (2011). Causal attributions and alexithymia in female patients with fibromyalgia or chronic low back pain. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*, 138–144.
- van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurologica Belgica*, *106*, 149–156.
- van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J.W. G., van Doornen, L. J. P., Bijlsma, J.W. J., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 159–167.
- Wittkower, E. D. (1960). Twenty years of North American psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, *22*, 309-316.
- Wittkower, E. D. (1974). Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine. *International Journey of Psychiatry in Medicine*, *5*, 309-313.

- Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., Goldenberg, D. L., & Sheon, R. P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160–172.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.