



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

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

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

TESI DI LAUREA

**Alessitimia: il corpo parla quando l'emozione tace.
Come l'alessitimia si intreccia ai disturbi psicosomatici**

Relatrice:
Prof.ssa Barbara Sini

Studentessa:
Matilde Milano
Matricola: 20D03223

*“Date parole al dolore: il dolore che non parla
bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi”.*

(Macbeth, Atto IV, Scena III)

Alessitimia: il corpo parla quando l'emozione tace.
Come l'alessitimia si intreccia ai disturbi psicosomatici

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: IL DIALOGO TRA MENTE E CORPO ED EMOZIONI	
1.1. Le teorie a confronto nel dibattito tra mente e corpo.....	5
1.2. Introduzione al concetto di psicosomatica.....	8
1.3. (Dis)regolazione delle emozioni e salute.....	11
CAPITOLO 2: IL COSTRUTTO DI ALESSITIMIA	
2.1. Cos'è l'alessitimia?.....	13
2.2. Eziologia.....	17
2.2.1. Teoria del codice multiplo di Wilma Bucci.....	17
2.2.2. Alessitimia e attaccamento	19
2.3. La misurazione dell'alessitimia: la <i>Toronto Alexithymia Scale</i> (TAS-20).....	22
2.4. La fisioterapista: un esempio di un caso clinico con alta alessitimia.....	24
CAPITOLO 3: IL RAPPORTO TRA ALESSITIMIA E DISTURBI PSICOSOMATICI	
3.1. I disturbi psicosomatici.....	27
3.2. La relazione tra alessitimia e disturbi somatici.....	30
3.3. Studi empirici sulla relazione tra l'alessitimia e l'alterazione delle risposte immunitarie.....	33
CONCLUSIONE	36
BIBLIOGRAFIA	37
SITOGRAFIA	41
RINGRAZIAMENTI	43

INTRODUZIONE

Per molti anni la mente e il corpo sono stati considerati come due entità distinte, non comunicanti. Invece, l'idea di una connessione tra di essi si può ritrovare nel concetto di psicosomatica.

Nel presente elaborato verrà adottata una prospettiva psicosomatica, in particolare il modello biopsicosociale di Engel, al fine di esplorare ciò che accade a livello fisico quando delle difficoltà sul piano psicologico interferiscono con il benessere dell'individuo.

La psicosomatica si occupa di studiare la relazione tra i fattori psicologici e quelli corporei. Nell'individuo, considerato come un'unità inscindibile, il sintomo del disturbo psicosomatico si manifesta a livello organico mentre a livello psicologico si manifesta come disagio o malessere. La psicosomatica, dunque, prende in considerazione sia la manifestazione fisiologica e corporea del disturbo, sia la dimensione emotiva ad esso associata.

L'obiettivo dell'elaborato è di confermare l'ipotesi secondo cui l'alessitimia influenzi lo sviluppo o l'esacerbazione delle malattie somatiche.

L'elaborato, suddiviso in tre capitoli, verterà in particolare sull'approfondimento del costrutto di *alexithymia* per poi analizzare la relazione esistente tra alessitimia e disturbi psicosomatici. Verrò inoltre messa in rilievo l'importanza di considerare la regolazione delle emozioni come un fattore protettivo contro lo sviluppo o l'esacerbazione delle malattie somatiche causate da disagi psicologici.

In particolare, nel primo capitolo, verrà analizzato il dialogo esistente tra mente, corpo ed emozioni. In una visione unitaria dell'essere umano queste entità possono essere considerate parte dello stesso sistema e, per questo, presentare forti connessioni e interrelazioni.

Inizialmente verranno messe a confronto le teorie sul dibattito tra mente e corpo per poi confluire nella storia della nascita della psicosomatica e terminare con una riflessione riguardo all'importanza della regolazione emotiva nella salute e nel benessere degli individui.

Nel secondo capitolo, verrà approfondito il costrutto di alessitimia (dal greco *a* = mancanza, *lexis* = parola, *thymos* = emozione) che letteralmente significa “mancanza di parole per le emozioni” per indicare l'incapacità di esprimere a parole ciò che si prova (Nemiah, 1977). Ciò che manca, nelle persone alessitimiche è la capacità di costruire rappresentazioni mentali simboliche delle emozioni, che vengono invece percepite e sperimentate solamente a livello fisico (*emotional arousal*).

Vedremo che questo deficit di elaborazione cognitiva può essere causato da una mancata sintonizzazione affettiva nelle relazioni di accudimento della prima infanzia, spesso associate a un attaccamento insicuro tra bambino e *caregiver* (Toni, 2010).

Inoltre, l'alessitimia può essere meglio compresa attraverso la Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (1997). Questa teoria «rappresenta un modello teorico utile alla comprensione del ruolo che la simbolizzazione ha nel processo della regolazione affettiva» (Caretto e La Barbera, 2005, p. 41) per questo è importante approfondirlo.

Infine, il terzo ed ultimo capitolo, tratta del legame tra alessitimia e disturbi psicosomatici spiegato attraverso diversi modelli teorici. In sintesi, si può affermare che la malattia somatica può essere vista come un disturbo della regolazione affettiva che si traduce in un disturbo della regolazione psicobiologica (Solano, 2013).

Questa relazione è stata studiata consultando in maniera accurata la letteratura scientifica, per esaminare studi empirici che hanno indagato specificamente la relazione tra alessitimia e peggioramento del sistema immunitario.

CAPITOLO 1

Il dialogo tra mente, corpo ed emozioni

1.1. Le teorie a confronto nel dibattito tra mente e corpo

Adottare una prospettiva psicosomatica significa in prima istanza occuparsi di mente e di corpo. In primo luogo, è necessario chiarire cosa intendiamo con questi termini, poiché, sebbene siano apparentemente semplici e facili da comprendere, sono in realtà colmi di contraddizioni.

Il concetto di corpo (in latino *corpus*) può essere compreso facendo riferimento alle nostre esperienze sensoriali dirette. Da un lato, dunque potremmo dire che l'individuo "ha" un corpo attraverso il quale fa esperienza di qualcosa di empirico e concreto, dall'altro possiamo però anche affermare che l'individuo "è" un corpo, in quanto si rappresenta a livello psichico a partire dal proprio schema corporeo (Baldoni, 2010).

Il concetto di psiche è ancora più sfuggente e ambiguo. Essa deriva dal verbo greco *psycho* che significa soffiare, respirare. Questo sembra suggerire che i Greci avevano una concezione "somatica" della psiche, in quanto soffio che dà la vita al corpo e il respiro ne è il segno.

Successivamente, in epoca classica, si affermò una visione trascendente della psiche che veniva considerata distaccata dal corpo. Secondo Galati la psiche «non era più da considerarsi come "la vita del corpo", ma come la "causa" della vita del corpo» (Galati, 2020, p. 6).

In quest'ottica, appare evidente come introdurre il concetto di psicosomatica significa prendere in considerazione il rapporto tra i due aspetti della vita umana.

I fenomeni definiti corporei e mentali sembrano sin dal principio estremamente connessi: nell'antica Grecia si utilizzava un unico termine, *physis*, per descrivere una sostanza caratterizzata tanto da aspetti psicologici quanto da aspetti corporei (Porcelli, 2009). In tal senso l'essere umano era concepito attraverso una visione unitaria.

La dialettica mente-corpo è divenuta importante in alcuni periodi storici della cultura occidentale e solo nella seconda metà dell'Ottocento anche la medicina occidentale approfondì questa distinzione (Solano, 2013).

All'interno del pensiero filosofico occidentale, questa dialettica si è da sempre delineata come particolarmente problematica, in una continua oscillazione tra concezioni dualistiche e monistiche.

Il problema della posizione dell'uomo all'interno dell'uno o dell'altro estremo è risolto solo in parte con il recupero della dicotomia mente-corpo: solo il corpo può essere spiegato in base alle leggi generali e osservabili della natura. Invece la psiche viene collocata in una dimensione metafisica, al di fuori delle leggi naturali. Per questo viene sottratta dall'ambito scientifico (Galati, 2020).

Si pensa che il primo vero innovatore del pensiero sulla relazione che intercorre tra mente e corpo sia stato Cartesio, considerato il fondatore di tutti i dualismi, in quanto fu il primo a fare una distinzione tra corpo e anima (Plamper, 2018).

Cartesio sosteneva che nel mondo esistono due tipi di sostanze distinte che interagiscono a vicenda attraverso la ghiandola pineale: le sostanze mentali (*res cogitans*) e le sostanze corporee (*res extensa*).

In questa prospettiva gli eventi fisici e gli eventi mentali sono diversi. Si fa riferimento a una sorta di esperienza universale secondo la quale la mente sembra lottare con il corpo, o viceversa, e che le pulsioni, che hanno una base somatica, sono più vicine al corpo mentre il controllo delle stesse è più vicino alla mente (Warms e Harris, 1986).

Tuttavia, anche se è a Cartesio che viene attribuita la fondazione del dualismo mente-corpo, le radici originarie di tale contrapposizione risalgono al pensiero greco (Turci, 2017). Infatti, le prime formulazioni di tale dialettica vengono fatte risalire a Platone il quale definiva l'anima come immortale e immateriale, contrapposta al corpo materiale, a cui è stata incatenata (Nannini, 2002). Non si dimentichi che, per Aristotele, l'anima è la forma del corpo.

In questo senso, Platone e Aristotele si configurano come i veri artefici del dualismo mente-materia (Turci, 2017).

Spesso si trascura il fatto che la storia del pensiero occidentale è stata percorsa anche da correnti moniste, secondo le quali è necessario accedere a una visione dell'individuo come unità mente-corpo (Solano, 2013). Esistono tre teorie monistiche: la teoria dell'identità neurale, la teoria dello stato centrale e il panpsichismo.

La teoria dell'identità neurale sostiene che esiste solo la realtà materiale, perciò anche la mente viene classificata come tale. La mente viene considerata come esito di processi che avvengono nel cervello: i fenomeni mentali coscienti sono equiparati a processi neurali osservabili e misurabili. Tutta l'esperienza umana, anche quella di natura qualitativa, come il pensiero, le emozioni, la coscienza, è correlata, ma non necessariamente identica, a specifiche attività localizzate nell'encefalo (Warm e Harris, 1986).

La teoria dello stato centrale propone una teoria causale della mente, postulando che il comportamento possa essere completamente spiegato in termini di eventi nel sistema nervoso centrale: i concetti psicologici (non osservabili) sono prodotti da stimoli osservabili che a loro volta producono effetti osservabili come il comportamento.

La coscienza dei nostri stati mentali è dunque un meccanismo di auto-indagine situato all'interno del sistema nervoso centrale.

Infine, il panpsichismo, noto anche come monismo mentale, presuppone che ogni cosa sia dotata di anima. Sostiene che tutto è mente e che il concetto di natura è esso stesso un costrutto della mente che può essere conosciuto solo tramite ipotesi che si riferiscono all'esperienza (Nannini, 2002).

Le teorie moniste evitano che la mente possa essere concepita solo in termini astratti eppure può esserci il rischio che i processi mentali vengano ridotti all'aspetto corporeo e somatico. Tuttavia, questa tipologia di riduzionismo si allontana dall'idea di un corpo vivo e reale immerso in un mondo relazionale (Solano, 2013).

Verso la fine del secolo scorso, la filosofia della mente si è avvicinata al crescente sviluppo delle scienze cognitive e delle neuroscienze, abbandonando la ricerca concettuale della mente (De Caro, 2010).

1.2. Introduzione al concetto di psicosomatica

La psicosomatica è una disciplina che considera la relazione tra mente e corpo e assume come oggetto di studio le diverse modalità in cui tali costrutti si influenzano reciprocamente.

Per comprendere pienamente le origini della Medicina Psicosomatica risulta necessario fare un passo indietro, considerando gli accadimenti che hanno condotto verso la sua nascita e il suo sviluppo.

Il terreno su cui nacque è di stampo psicoanalista (Porcelli, 2009). Sigmund Freud fu il primo a presentare un modello in cui indagò la relazione causale tra i disturbi fisici e gli stati psicologici. Freud non adottò mai il termine psicosomatica nei suoi testi ma era certo che gli stati psicologici potessero influenzare la salute del corpo (Taylor, 1993).

Le ipotesi che egli ha formulato hanno posto le basi per le successive ricerche psicoanalitiche in ambito psicosomatico.

Nei primi anni egli si concentrò sullo studio delle nevrosi, in particolare di donne affette da *isteria*. I sintomi dell'isteria riguardavano la paralisi di un arto, la cecità, una crisi convulsiva o uno svenimento, tuttavia, non erano causate da lesioni organiche. Per questo motivo Freud ipotizzò che le origini delle crisi isteriche fossero l'espressione di un conflitto inconscio legato a rappresentazioni pulsionali rimosse, in particolare riconducibili ad abusi sessuali familiari subiti durante l'infanzia. Il sintomo corporeo era quindi l'espressione di un'esperienza che era stata confinata nell'inconscio perché ritenuta inaccettabile. Tale processo veniva definito *conversione*¹ e si trattava di un meccanismo di difesa (Baldoni, 2020).

In un secondo momento, nel 1898, introdusse il concetto di *nevrosi attuale*. Egli individuò una classe di disturbi caratterizzati da sintomi somatici le cui cause non risalivano al piano psicologico. «I sintomi non erano, quindi, l'espressione simbolica di rappresentazioni psichiche rimosse nell'inconscio, ma il risultato di un'alterazione del metabolismo conseguente a un mancato o inadeguato soddisfacimento sessuale» (Baldoni, 2020, p. 43).

Tale concetto ha contribuito in modo fondamentale allo sviluppo delle moderne teorie psicosomatiche.

Il movimento della psicosomatica nacque nel 1939 in Nord America con la pubblicazione della rivista *Psychosomatic Medicine*, seguita nel 1942 con la fondazione dell'*American Psychosomatic Society* (APS).

¹ La conversione è un meccanismo di difesa che spiega il salto dallo psichico al somatico. È utilizzata dai pazienti isterici per liberarsi dal conflitto tra desideri sessuali inaccettabili e difese psichiche (Baldoni, 2010).

Georg Groddeck, medico e psicanalista tedesco (1866-1934) è ritenuto il padre fondatore della Medicina Psicosomatica (Solano, 2013). Cercava di curare la persona nella sua globalità, riportandola in primo piano con la sua storia e le sue relazioni (Solano, 2013). Groddeck riteneva che l'essere umano si esprimesse attraverso un linguaggio simbolico e che la malattia organica fosse «l'espressione somatica simbolica di processi psichici» (Canali, 2003, p. 37); l'espressione somatica simbolica era una forza inconscia che determinava ogni comportamento, alla quale venne dato il nome di *Es*, ripreso poi successivamente da Freud nella seconda topica².

Vi erano però alcuni problemi legati all'idea del disturbo psicosomatico come simbolo di un conflitto psichico, riassumibili in una serie di domande: Se ogni fenomeno di *conversione* è il risultato di una storia personale allora in che modo si può generalizzare l'insorgenza del disturbo psicosomatico agli altri individui? Perché di fronte ad un determinato problema un individuo sviluppa una malattia fisica piuttosto che un disagio di tipo psicologico? (Canali, 2003).

Le risposte a queste domande si possono trovare nel pensiero di due esponenti principali dell'APS i cui nomi sono Flanders Dunbar (1947) e Franz Alexander (1950). Entrambi ritenevano che il sintomo psicosomatico fosse l'esito di un'attivazione fisiologica prolungata indotta da emozioni inappropriate alla situazione o espresse inadeguatamente (Solano, 2013). Nella "malattia psicosomatica" rientrano dunque i disturbi con comparsa di una sintomatologia organica caratterizzata da una causa psicologica di natura emotiva. In questo senso, il corpo può essere considerato come uno strumento che comunica uno stato di sofferenza mentale o un disagio psichico (Furini, 2020).

Le teorie di questi autori facevano ancora parte del modello lineare della malattia psicosomatica: ciò che accade nella mente ha ripercussioni sul corpo. Questo modello è stato ampiamente superato, negli anni 70' con lo sviluppo del modello multicausale.

Oggi la medicina psicosomatica indica che la malattia è causata da molteplici fattori che si intrecciano tra loro, tra cui radici somatiche, fisiologiche, psicologiche e socioculturali (Dorfman, 1979).

Pertanto, uno dei modelli adottati dall'approccio psicosomatico è il modello biopsicosociale formulato da George Engel (1977).

Egli propose un modello alternativo a quello biomedico che aveva predominato il pensiero occidentale tradizionale e propose un modello basato su presupposti sistemici che denominò

² La seconda topica è caratterizzata da Es, Io e Super-Io (Enciclopedia on line Treccani).

biopsicosociale (Porcelli, 2009). Engel tentò di superare il dualismo riduzionista mente-corpo, proponendo, al contrario, un'ottica multifattoriale, relativamente alle cause e agli effetti di una data patologia (Delle Fave, Bassi, 2013).

Il modello biospiciosociale si occupa dello studio dell'eziologia della malattia considerando la relazioni tra sistemi diversi: biologico, genetico, psicologico, sociale, immunologico, neurologico. I fattori intervenienti possono essere: 1) fisico-biologici (dieta, livelli di ormoni, processi fisiologici), 2) psicologici (atteggiamenti, desideri, sentimenti) e 3) sociali (relazioni interpersonali, lavoro, status sociale) (Lalumera, Amoretti, 2018). Tutti i fattori appena citati possono essere definiti "fattori di rischio" in quanto possono contribuire all'insorgenza e all'esacerbazione dei sintomi somatici.

Questo modello critica la psicosomatica tradizionale che vede l'individuo come un sistema chiuso in cui il sintomo somatico è dovuto all'influenza della mente sul corpo (Solano, 2013). Sappiamo che l'uomo è un animale sociale per cui la ricerca psicosomatica moderna inizia a prendere in considerazione gli effetti delle esperienze relazionali, passate e presenti, che si ripercuotono sia sulla mente sia sul corpo (Solano, 2013). A sostegno di questa tesi Amerio (2015) afferma che per l'uomo, la dimensione più naturale è quella sociale e culturale: «Di conseguenza, per la mente umana, la prospettiva della naturalità va ricercata nella rete delle conoscenze implicite, intersoggettivamente costruite e sature di significati sociali».

All'interno di una visione unitaria tra mente e corpo si può dunque arrivare a ridefinire l'origine della malattia somatica come esito di: «un organismo, un corpo-mente che reagisce a un problema di relazione con il mondo prevalentemente con un aspetto corpo quando l'aspetto mente non è in grado di farlo» (Solano, 2013, p. 27).

1.3. (Dis)regolazione delle emozioni e salute

«Le emozioni dovrebbero essere un punto di partenza privilegiato per tentare di reintegrare la mente e il corpo» (Colombetti, Thompson, 2015).

Il termine “emozione” deriva dal latino *ex movere* e significa letteralmente “muovere fuori”. Non esiste una definizione unitaria di emozione poiché fino alla metà dell’Ottocento molte discipline, tra cui la filosofia, la teologia, la medicina e infine la psicologia, proposero differenti descrizioni riguardo a questo concetto (Plamper, 2018).

La domanda che sorge spontanea è la seguente: vista la diversità tra le discipline, si può presupporre che la descrizione del termine “emozione” dato da ognuna sia congruente? Con il termine emozione non si indica un unico dominio, al contrario, i confini sono vaghi e variano in base al contesto storico-culturale di riferimento (Caruana, Viola, 2018).

Ancora oggi è difficile dare una definizione di emozioni eppure ne esistono molteplici. La definizione utilizzata dal dizionario Treccani è la seguente: «In psicologia, il termine indica genericamente una reazione complessa di cui entrano a far parte variazioni fisiologiche a partire da uno stato omeostatico di base ed esperienze soggettive variamente definibili (sentimenti), solitamente accompagnata da comportamenti mimici». In altre parole, l’emozione è caratterizzata da una valenza, positiva o negativa, associata ad un grado di attivazione fisiologica, o *arousal*. (Schacter, Gilbert, Nock, Wegner, 2018).

Per molti anni, anche gli studi e le ricerche riguardanti le emozioni sono stati caratterizzati da una netta scissione tra mente e corpo. La visione dominante durante il Cognitivismo degli anni Sessanta e Settanta era di tipo “disincarnato”, vale a dire che la coscienza era considerata un processo astratto e indipendente rispetto al corpo (Colombetti, Thompson, 2015). Ciò è inatteso poiché il corpo, in passato, è stato al centro di molte teorie sulle emozioni: si pensi ad esempio a Charles Darwin (1872) che focalizzò l’attenzione sull’espressione corporea delle emozioni oppure a William James (1884) che considerava le emozioni dei veri e propri processi corporei: le diverse parti del corpo contribuiscono alla generazione di diverse emozioni (Plamper, 2018).

Attualmente lo studio sulle emozioni ammette che quest’ultime siano caratterizzate sia da processi cognitivi, come la valutazione, sia da processi corporei come l’attivazione fisiologica o le espressioni facciali (Colombetti, Thompson, 2015).

L'idea del legame stretto tra aspetti mentali e fisici delle esperienze emotive può essere riassunta con il concetto di “cognizione incorporata”. «È un dato di fatto che una certa esperienza emotiva è sempre (o quasi sempre) correlata con certe espressioni corporee, e viceversa» (Di Francesco, Tomasetta, 2021, p. 120). Per esempio, è presente una relazione tra l'espressione facciale del riso e un'esperienza di qualcosa che fa ridere (Di Francesco, Tomasetta, 2021).

Frijda (1986), per esempio, evidenzia il rapporto che intercorre tra corpo, valutazione cognitiva e tendenza all'azione: riconosce l'aspetto cognitivo e corporeo dell'esperienza emozionale (Caruana, Viola, 2018). Secondo l'autore, le emozioni sarebbero percepite dall'individuo come spinte che lo porterebbero ad agire in un determinato modo, attuando determinati comportamenti.

Infine, Paternoster (2014) suppone che le emozioni e la coscienza abbiano un substrato comune: prendendo come riferimento la teoria delle emozioni di Damasio, l'autore afferma che «tanto le emozioni quanto la coscienza sono radicate nella rappresentazione del corpo: il sé origina nella rappresentazione delle variazioni dello stato corporeo, le quali ultime sono il primo e più fondamentale stadio del processo emotivo».

Seppur ad oggi le neuroscienze contemporanee accettino la dimensione unitaria del fenomeno definito “affetto”, esso si caratterizza sia per una componente biologica sia per una psicologica. Nello specifico si distinguono le *emotions* (emozioni) dai *feelings* (sentimenti). Le emozioni riguardano la componente biologica degli affetti e si manifestano a livello corporeo attraverso risposte fisiologiche e motorie. La componente psicologica, invece, viene identificata nei sentimenti che si manifestano a livello mentale e si esprimono mediante risposte esperienziali (es. schemi cognitivi). In altre parole, i sentimenti permettono di percepire specifici stati corporei e gli stati mentali a essi associati. Inoltre, i *feelings* regolano gli stati di attivazione emotiva: «è attraverso i nostri sentimenti che sappiamo cosa sta accadendo a livello delle nostre emozioni» (Solano, 2013, p. 271).

Per una buona comunicazione del livello biologico e psicologico è fondamentale possedere un adeguato funzionamento della regolazione emotiva³ al fine di riconoscere i propri stati emotivi

³ Per regolazione emotiva (RE) si intende un insieme di processi che mirano a modificare, attraverso processi impliciti o espliciti, le emozioni provate intervenendo sulla loro intensità, durata e tipologia. Il fine è quello di modificare una risposta emotiva o generarne una nuova (Gross, 1998).

e i propri vissuti e attribuirli un senso, distinguendoli dall'attivazione corporea legata all'emozione.

A sostegno di questa affermazione Daniel Siegel (1999) ha approfondito il tema del rapporto tra mente, corpo ed emozioni teorizzando il concetto finestra di tolleranza in riferimento alla disregolazione emotiva. Siegel parla di "integrazione"; secondo l'autore la salute coincide con l'utilizzo integrato di tutte le componenti cerebrali e mentali: il Sé, la coscienza, le strutture cerebrali più recenti e meno e il funzionamento dell'emisfero destro e sinistro (Avico, 2018).

Il concetto di disregolazione emotiva è strettamente legato a quello di regolazione e si riferisce ad un'interruzione della "stabilità interna" dei processi mentali che sono legati alla coordinazione delle attività di cervello, mente, corpo e ambiente (Lazarus e Folkman, 1984).

In particolare, essa è caratterizzata da un deficit nelle seguenti componenti: consapevolezza e comprensione delle emozioni, capacità di accettare emozioni negative e capacità di saper utilizzare strategie di regolazione emotiva adatte al contesto (Gratz e Roemer, 2004).

La regolazione emotiva comporta, dunque, relazioni interdipendenti tra i seguenti sistemi: il sistema cognitivo-esperienziale (es. consapevolezza e descrizione degli stati affettivi), quello fisiologico (es. sistema nervoso, amigdala ecc.) e quello motorio-espressivo (es. espressioni facciali, tono di voce ecc.).

La necessità di introdurre il concetto di regolazione emotiva risiede nel fatto che, nel presente elaborato, occuperà un ruolo di rilievo per comprendere come un'espressione emotiva inadeguata possa portare ad un peggioramento della salute sia fisica che mentale.

CAPITOLO 2

Il costrutto di alessitimia

2.1. Cos'è l'alessitimia?

“Alessitimia” è un termine greco, *a* indica la mancanza; *lexis* significa parola e *thymos* emozione. Si parla dunque di “mancanza di parole per le emozioni” o “emozione senza parola”, per indicare infatti l’incapacità di alcune persone di esprimere a parole ciò che provano.

Nel 1973 fu Sifneos a coniare e definire il termine *alexithymia* in seguito ad uno studio effettuato insieme al suo collega Nemiah. I due psicoanalisti hanno osservato e somministrato colloqui a pazienti con malattie psicosomatiche classiche (ulcera peptica, ipertensione, asma bronchiale ecc.) e hanno riscontrato che 16 pazienti su 20 presentavano difficoltà nella verbalizzazione e nel riconoscimento delle emozioni, carenza di fantasia e una comunicazione incolore. Gli individui alessitimici presentano dunque una marcata difficoltà a esprimere i sentimenti a parole e non hanno fantasie appropriate o espressive dei sentimenti, essendo il loro contenuto di pensiero dominato dai dettagli concreti dell’ambiente esterno (*pensée opératoire*) (Nemiah, 1977).

Nonostante il costrutto sia stato coniato negli anni '70, venne già individuato nei decenni precedenti, in particolare negli anni 40' da Paul MacLean e, in particolare, da Jurgen Reusch nel suo articolo “*The Infantile Personality*” (1948). Entrambi effettuarono osservazioni cliniche su pazienti psicosomatici e notarono una difficoltà di espressione verbale e simbolica delle emozioni. Reusch (1948) notò anche, nei pazienti psicosomatici, la presenza di tratti psicologici che determinavano una “personalità infantile”. Tali soggetti mostravano infatti uno stile di pensiero infantile caratterizzato da una scarsa immaginazione e una modalità espressiva delle emozioni prevalentemente corporea, tendenza all’imitazione e alla dipendenza, un elevato conformismo sociale e aspirazioni elevate ed irrealistiche. Egli ipotizzò che tali caratteristiche fossero dovute a un deficit evolutivo che causava l’arresto dello sviluppo psichico ed emotivo.

Successivamente, negli anni '60, Marty e colleghi definirono il *pensée opératoire* (pensiero operatorio orientato all’esterno) con le stesse caratteristiche: povertà di dialogo con modalità espressiva orientata su aspetti pratici e concreti e un’immaginazione limitata. Gli autori avanzarono l’ipotesi, così come aveva teorizzato Reusch, dell’esistenza di una specifica “personalità psicosomatica”.

L'enunciazione del costrutto da parte di Sifneos e Nemiah (1973) ha stimolato la curiosità della comunità scientifica e sono stati effettuati i primi studi empirici sull'alessitimia i quali hanno fornito risultati unidirezionali che hanno consolidato un modello esplicativo basato su quattro caratteristiche principali:

- 1) difficoltà nell'identificare e descrivere i sentimenti;
- 2) difficoltà a distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione fisiologica;
- 3) processi immaginativi limitati caratterizzati da una fantasia impoverita;
- 4) uno stile cognitivo concreto orientato verso l'esterno.

Ogni caratteristica sopra indicata presenta ripercussioni sull'individuo che vanno ad individuare ulteriori peculiarità relative al disturbo.

L'incapacità di identificare i propri sentimenti si riflette anche in un'identificazione meno accurata delle espressioni facciali altrui. Ne deriva quindi un'incapacità di leggere le emozioni degli altri e una difficoltà ad abbinare stimoli emotivi verbali e non verbali. Inoltre, vi è una ridotta capacità di collegare i propri sentimenti con ricordi, avvenimenti o situazioni specifiche. Per esempio, un soggetto alessitimico quando si trova di fronte a una persona arrabbiata, non è in grado di riconoscere che sta provando quell'emozione, non riesce ad associare l'espressione facciale alla rabbia. Questo deriva dal fatto che lui stesso è incapace di identificare la propria emozione di rabbia anche se sperimenta a livello corporeo l'attivazione fisiologica ad essa associata.

Per quanto riguarda lo stile cognitivo, essendo rivolto verso l'esterno, il soggetto alessitimico ha poco interesse verso il proprio mondo interiore con una conseguente riduzione del pensiero simbolico: in particolare diversi autori hanno riscontrato una povertà di sogni simbolici e fantasie creative. I sogni infatti vengono descritti come concreti e inerenti ai fatti della vita quotidiana (Horton *et al.*, 1992).

L'alessitimia viene quindi concettualizzata come un disturbo cognitivo-affettivo con deficit di simbolizzazione delle emozioni (Caretti e La Barbera, 2005; Picardi, Toni e Caroppo, 2005; Horton *et al.*, 1992; Solano, 2013; Taylor, 1988).

L'alessitimia non fa parte dei disturbi descritti nel DSM-5 ma si tratta di un costrutto dimensionale. Si estende, cioè, lungo un continuum a seconda del livello di difficoltà a identificare e comunicare verbalmente le esperienze emotive. Esistono diversi gradi di intensità, una varietà di caratteristiche alessitimiche ed individui diversi che si collocano lungo questo continuum dal normale al patologico (Wolff, 1977).

Nel primo capitolo abbiamo visto come gli affetti si possano suddividere in *emotion*, corrispondente alla componente biologica dell'affetto (attivazione fisiologica e motoria) e *feeling* che indica invece la valutazione cognitiva legata alla rappresentazione simbolica degli affetti (immagini, pensieri e fantasie).

L'elaborazione cognitiva delle emozioni permette di distinguere i diversi stati emotivi e di riflettere sui vissuti soggettivi legati all'emozione. Gli individui, rappresentando a livello mentale le emozioni, riescono dunque a identificarle e a descriverle verbalmente.

I soggetti alessitimici hanno difficoltà a integrare gli aspetti cognitivi ed emotivi, ovvero le *emotion* con i *feeling*. In altre parole, le emozioni sono scarsamente collegate a rappresentazioni visive e verbali. Presentano quindi una difficoltà a utilizzare immagini, pensieri e fantasie per rappresentare gli stati emotivi a livello psichico.

Dobbiamo però evitare l'errore di pensare che individui alessitimici siano persone che non provano emozioni, occorre, invece, avere ben chiaro, che questi soggetti sperimentano le emozioni come sensazioni corporee e tendenze ad agire. La persona che presenta alessitimia non reprime o inibisce le emozioni bensì non riesce a esprimere a parole quello che sta provando. Per esempio, non riesce a definire cosa significa sentirsi triste o arrabbiato, però l'attivazione fisiologica che insorge nel corpo in concomitanza con emozioni di tristezza e rabbia viene percepita.

Si può dunque rilevare che il quadro delineato evidenzia una mancanza di connessione tra la percezione cognitiva delle emozioni (consapevolezza e descrizione degli stati affettivi), la loro manifestazione fisiologica (coinvolgimento del sistema nervoso, dell'amigdala, ecc.) e l'espressione comportamentale (come le espressioni facciali e il tono di voce).

Se dunque, come abbiamo anticipato, la regolazione emotiva è intesa come un processo attivo che coinvolge l'integrazione tra questi sistemi allora l'alessitimia può essere concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva (Solano, 2013).

Queste considerazioni suggeriscono che la capacità di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni, così come comunicarle agli altri, sia fondamentale per il benessere psicologico e relazionale. Quando questa capacità è compromessa, come nel caso dell'alessitimia, possono sorgere difficoltà, nell'interagire socialmente e nel mantenere relazioni significative. Per i soggetti alessitimici è difficile instaurare relazioni intime poiché queste presuppongono la condivisione di stati affettivi e una sintonizzazione empatica con l'altro, nonché la comprensione delle sue esigenze emotive. Al contempo non possono avvalersi del

supporto emotivo, dell'aiuto o del conforto fornito loro dalle altre persone, all'interno anche di relazioni significative.

A tal proposito uno studio di Spitzer e collaboratori (2005) ha approfondito la relazione tra alessitimia e problemi interpersonali in un campione di 149 pazienti ricoverati. Gli autori hanno riscontrato che la percezione alterata dei segnali affettivi non verbali (le espressioni facciali) nei soggetti con alta alessitimia si riflette in modelli relazionali disfunzionali.

Lo stile interpersonale dei soggetti ad alta alessitimia era caratterizzato da un comportamento freddo e socialmente evitante: l'interpretazione errata delle espressioni facciali o del tono di voce può portare a fraintendimenti e dunque a adottare comportamenti difensivi o evitanti nelle interazioni sociali.

A causa delle difficoltà nell'interpretare e rispondere ai segnali emotivi degli altri, le persone alessitimiche possono sperimentare un senso di isolamento sociale e di estraneità.

Questo può portare a problemi di salute mentale come depressione e ansia (Lyvers, et al., 2017; Spitzer et al., 2005).

In sintesi, l'alessitimia può influenzare in modo significativo la qualità delle relazioni interpersonali, contribuendo a modelli disfunzionali caratterizzati da una comunicazione emotiva limitata, fraintendimenti e difficoltà nel mantenere legami significativi con gli altri.

L'alessitimia presenta, infine, un'alterata capacità di utilizzare le interazioni sociali per la regolazione degli affetti (Spitzer et al., 2005).

2.2. Eziologia

2.2.1. La Teoria del Codice Multiplo come riferimento teorico per l'alessitimia

L'alessitimia può essere meglio compresa attraverso la Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (1997). Questa teoria «rappresenta un modello teorico utile alla comprensione del ruolo che la simbolizzazione ha nel processo della regolazione affettiva» (Carette La Barbera, 2005, p. 41).

Secondo il modello di Bucci, viene delineato il processo con cui gli individui elaborano le informazioni, comprese quelle di natura emotiva, e sviluppano rappresentazioni interne associate allo stimolo.

Come punto di partenza consideriamo il funzionamento di uno schema emotivo, ovvero il modo in cui le persone rispondono a stimoli esterni che provocano emozioni. Da un lato si attiva il processo di valutazione cognitiva dell'evento emotivo, dall'altro l'individuo sperimenta le reazioni somatiche dell'attivazione fisiologica, ovvero le emozioni. Quest'ultime subiscono a

loro volta un'elaborazione psichica che coinvolge diversi elementi: le emozioni grezze vengono affinate in varie sfumature emotive, si cerca di descrivere a parole i sentimenti provati, si producono fantasie o immagini inerenti all'esperienza emotiva e infine si riattivano i ricordi e le esperienze legati a quell'emozione (Nemiah, 1977).

La teoria del Codice Multiplo raggruppa in tre sistemi ciò che abbiamo appena descritto.

Le informazioni vengono elaborate in modo integrato attraverso il livello simbolico, che si serve di simboli o del linguaggio e attraverso il livello subsimbolico in cui le informazioni vengono rappresentate in forma non verbale o implicita.

I tre sistemi che ne derivano sono: 1. il sistema di elaborazione subsimbolica non-verbale, 2. il sistema di elaborazione simbolica non-verbale e 3. il sistema di elaborazione simbolica verbale (Bucci, 1997).

Nell'elaborazione subsimbolica non-verbale le informazioni vengono processate in modo implicito e automatico. Comprende dunque la memoria procedurale e riguarda le reazioni somatiche e le sensazioni fisiche legate ai sentimenti e il funzionamento del corpo in tutti i suoi sistemi senza l'intervento della consapevolezza. Questo sistema permette di comprendere come l'azione di un individuo possa avvenire in modo coordinato, veloce e complesso anche senza un'analisi cognitiva preliminare. Questa modalità è nota come "saggezza del corpo" o "intuito". L'elaborazione simbolica non-verbale riguarda la formazione e l'elaborazione di immagini mentali legate allo stimolo che non possono essere tradotte in parole seppur presenti a livello cosciente.

La modalità simbolica verbale fa riferimento a due strumenti potenti: il pensiero e il linguaggio, i quali permettono di comunicare attraverso le parole il proprio mondo interiore e le proprie emozioni e riflettere sulla propria esperienza individuale.

I tre sistemi hanno funzionamenti propri ma in condizione di salute sono anche connessi tra di loro. Le connessioni che si verificano vengono chiamate "nessi referenziali". Possiamo definire l'attività referenziale come il collegamento che avviene tra emozioni e parole, ovvero tra il sistema subsimbolico non verbale e la modalità simbolica verbale.

La teoria del Codice Multiplo può essere utilizzata per spiegare il deficit di simbolizzazione delle emozioni nei soggetti Alessitimici.

Secondo Bucci (2007), se l'attività referenziale viene interrotta da un conflitto o da un trauma, o se non si sviluppa adeguatamente, i sistemi verbali e non-verbali, all'interno degli schemi emotivi, possono dissociarsi.

L'alessitimia corrisponde dunque alla mancanza di nessi referenziali tra il sistema subsimbolico e l'elaborazione verbale. L'individuo non è quindi in grado di rappresentare o simbolizzare i propri stati emotivi associandoli a immagini e parole (Di Trani et al., 2018).

Le emozioni sono quindi collegate debolmente alla modalità simbolica (immagini e parole) e sono invece vissute principalmente come sensazioni corporee (aumento della frequenza cardiaca, respiratoria, della temperatura, della tensione muscolare ecc.) (Bucci, 1997).

Se il termine alessitimia significa “emozioni senza parole”, nella teoria del Codice Multiplo si trasforma in “stati emotivi senza simboli”.

2.2.2. Alessitimia e attaccamento

La dissociazione degli schemi emotivi nell'alessitimia, legata alla mancanza di integrazione tra processi emotivi e cognitivi spesso deriva da difficoltà o carenze nelle relazioni primarie durante lo sviluppo.

Prima di approfondire la relazione tra alessitimia e attaccamento occorre introdurre l'importanza che hanno le relazioni d'attaccamento nello sviluppo della regolazione emotiva del bambino.

Moltissimi autori si sono occupati di attaccamento e ad oggi, grazie alle ricerche dell'*Infant Research*, sappiamo che un corretto sviluppo emotivo è correlato ad uno stile di attaccamento sicuro. Le relazioni d'attaccamento formate con le figure significative, come i genitori o i *caregiver* primari, durante la prima infanzia svolgono un ruolo cruciale nello sviluppo emotivo e relazionale del bambino (Bowlby, 1982).

Secondo la teoria dell'attaccamento, è fondamentale sviluppare legami affettivi empatici e responsivi, che favoriscono la formazione di un senso di sé stabile nel corso del tempo (Schore, 2001; Siegel, 1999). Poiché il bambino nasce con emozioni e schemi cognitivi molto basilari, è necessario fornire sostegno nel processo di costruzione della mente e dell'identità.

Esiste uno scambio emotivo e relazionale tra la madre e il bambino fin da subito, che va oltre la parola. Le figure di accudimento, sin dalla primissima infanzia, entrano in risonanza emotiva con il neonato e in questo modo si sviluppa una sintonizzazione affettiva. Quando il *caregiver* è sensibile ai segnali non verbali del bambino, come espressioni facciali, tono di voce, gesti e movimenti del corpo, può rispondere in modo appropriato alle sue esigenze emotive. Questo tipo di sintonizzazione consente al bambino di sperimentare un senso di sicurezza e di essere compreso, contribuendo così alla sua regolazione emotiva e al suo benessere psicologico (Toni, 2010).

Bion (1962) definisce questo processo come *rêverie* materna. La mamma attraverso il contenimento e la *funzione alfa*, fa da contenitore per gli elementi beta del bambino che vengono trasformati e a lui restituiti come elementi alfa per la costruzione del suo apparato psichico (rappresentazioni mentali, pensiero, emozione cosciente e sogni). Col passare del tempo, il bambino assimila la funzione alfa e acquisisce la capacità di eseguire autonomamente le stesse operazioni.

Per meglio comprendere cosa si intende per elementi alfa ed elementi beta basti pensare al disagio che prova il bambino in riferimento alla fame, al sonno, al sentirsi sporco, all'aver caldo o freddo o al sentirsi solo. Il bambino per manifestare questi disagi/bisogni può solo piangere. Però il bambino non sa che cos'ha, non è in grado di comprendere perché sta piangendo. Bion chiama questi disagi fisici "elementi beta". C'è qualcosa che lo disturba e lo allontana dal benessere e la mamma cerca di dare un senso a quello che il bambino gli sta comunicando attraverso il pianto. Questa trasformazione viene chiamata da Bion "funzione alfa" e indica l'attribuzione di significato agli elementi beta che produce una risposta da parte della mamma. Al bambino, dunque, torna indietro un'azione con un senso e un significato (elemento alfa).

Di conseguenza, le risposte empatiche del genitore possono aiutare il bambino a sviluppare gradualmente la regolazione delle emozioni caratterizzata da una comprensione più profonda delle proprie emozioni e una gestione funzionale di esse; inoltre, attraverso questa sintonizzazione emotiva, il bambino impara anche a riconoscere e interpretare le emozioni degli altri. Questo processo di interazione emotiva reciproca tra madre e bambino è noto anche come "attaccamento sicuro" (Bowlby, 1968).

In aggiunta, le interazioni con le figure di accudimento durante l'infanzia plasmano le rappresentazioni mentali del mondo, delle figure di attaccamento e di se stessi, conosciute come modelli operativi interni. Questi modelli, una volta formati, operano in modo implicito e influenzano la percezione e l'interpretazione delle esperienze relazionali e della realtà esterna (Toni, 2010).

Sulla base di quanto sin qui affermato si può ipotizzare che le relazioni d'attaccamento formate nella prima infanzia e gli stili che ne derivano hanno un impatto significativo sulle modalità con cui l'individuo successivamente impara a riconoscere, distinguere e verbalizzare le emozioni.

Alla luce delle considerazioni effettuate si può dunque ipotizzare che la causa della disregolazione emotiva legata all'alessitimia è riconducibile alle cure inadatte da parte del *caregiver* di riferimento.

Le difficoltà nell'identificare ed esprimere le proprie emozioni, tipiche degli alessitimici, potrebbero derivare da un mancato rispecchiamento delle emozioni del bambino da parte del *caregiver* il che, espone il bambino a un modello inefficace di regolazione emotiva.

Le persone cresciute all'interno di ambienti in cui si percepivano fisicamente e mentalmente insicure e venivano ostacolate nell'esprimere le loro emozioni, non svilupperanno la capacità di affrontare una vasta gamma di stati emotivi.

A sostegno di questa tesi, possiamo citare la ricerca di Alessandro Toni (2010) sul rapporto tra alessitimia e stili di attaccamento. L'ipotesi di base prevedeva una relazione tra modalità di accudimento materno inadeguato e lo sviluppo di una disregolazione emotiva.

La ricerca ha incluso 309 partecipanti che hanno completato, in una sola sessione, il questionario *Experience in Close Relationships* (ECR) per valutare i loro stili di attaccamento, e la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) per misurare il livello di alessitimia.

I risultati hanno chiaramente evidenziato come, dal confronto tra i risultati ottenuti alla scala totale della TAS-20 e quelli emersi dal test ECR, è emersa una stretta correlazione tra stili di attaccamento e alessitimia, in particolare più alti livelli di alessitimia erano correlati a punteggi che evidenziavano la presenza di stili di attaccamento di tipo disorganizzato ed evitante (si veda figura 1).

Basandoci sui risultati ottenuti, potremmo dedurre che l'alessitimia e il deficit degli affetti che ne deriva possono essere il risultato di un'esperienza precoce con caregiver poco sensibili e incapaci di soddisfare in modo adeguato i bisogni emotivi. Uno stile di attaccamento sicuro, al contrario, può essere considerato come un fattore di protezione rispetto all'insorgenza dell'alessitimia.

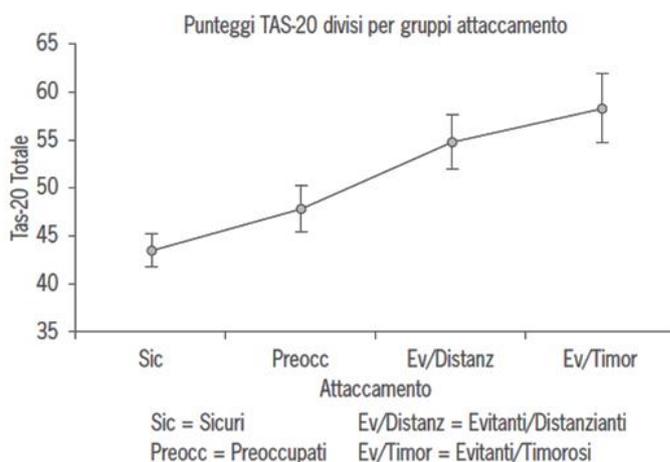


Figura 1. Nel grafico vengono associati gli stili di attaccamento al relativo punteggio nella TAS-20 (Toni, 2010).

2.3. La misurazione dell'alessitimia: la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20)

La *Toronto Alexithymia Scale* è stata sviluppata dal gruppo di ricerca presso l'Università di Toronto, guidato da Taylor, per la rilevazione delle caratteristiche alessitimiche attraverso un questionario di autovalutazione (Taylor & Bagby, 1988).

Inoltre, questa scala è stata creata al fine di superare le limitazioni dei test esistenti per misurare l'alessitimia e per fornire evidenze empiriche che confermino la validità del costrutto.

La versione corrente della TAS-20 è composta da venti affermazioni a cui al soggetto è chiesto di indicare un punteggio su una scala Likert a 5 punti che va da “non sono per niente d'accordo” (1) a “sono completamente d'accordo” (5). Gli item contenuti nel test sono i seguenti:

1.	Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo	1	2	3	4	5
2.	Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
3.	Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono	1	2	3	4	5
4.	Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti	1	2	3	4	5
5.	Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente	1	2	3	4	5
6.	Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a	1	2	3	4	5
7.	Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo	1	2	3	4	5
8.	Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo	1	2	3	4	5
9.	Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare	1	2	3	4	5
10.	È essenziale conoscere le proprie emozioni	1	2	3	4	5
11.	Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri	1	2	3	4	5
12.	Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti	1	2	3	4	5
13.	Non capisco cosa stia accadendo dentro di me	1	2	3	4	5
14.	Spesso non so perché mi arrabbio	1	2	3	4	5
15.	Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni	1	2	3	4	5
16.	Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico	1	2	3	4	5
17.	Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi	1	2	3	4	5
18.	Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio	1	2	3	4	5
19.	Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali	1	2	3	4	5
20.	Cercare significati nascosti in films o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo	1	2	3	4	5

Le venti affermazioni della scala sono raggruppate in tre dimensioni che vanno a definire il costrutto dell'alessitimia. Ad ogni fattore corrispondono quindi determinati item.

- Fattore 1: difficoltà nell'identificare i sentimenti – scala DIS;
- Fattore 2: difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri – scala DDS;
- Fattore 3: pensiero orientato all'esterno (pensiero operatorio) – scala POE.

Si ottiene così un punteggio globale di alessitimia (TOT) dato dalla somma dei punteggi relativi a ogni item e un punteggio per ciascun fattore, dato dalla somma degli item appartenenti ad ogni scala. L'attribuzione dei punteggi agli item 4, 5, 10, 18, 19 è la seguente: 1 punto se il punteggio indicato è 5, 2 punti se il punteggio indicato è 4 e così via.

I punteggi che si possono ottenere variano da un minimo di 20 ad un massimo di 100. Nel calcolo dei punteggi totali ottenuti al test vengono considerati i seguenti cut-off:

- se il punteggio è minore di 51 si è considerati soggetti non alessitimici;
- se il punteggio rientra nel range 51-60 sono considerati *borderline*;
- se il punteggio è uguale o maggiore di 61 si parla di soggetti alessitimici.

È importante ricordare che l'alessitimia è un costrutto dimensionale, perciò, si può parlare di soggetti più e meno alessitimici evitando così la netta suddivisione categoriale tra alessitimici e non. L'inserimento dei cut-off ha permesso e permette di individuare i soggetti che rientrano nell'area di rischio dell'alessitimia.

La TAS-20 ha sollevato diverse obiezioni, una di queste riguarda una critica di tipo metodologico. Essendo la TAS-20 un self-report, questo presuppone che le persone che lo compilano posseggano una certa capacità introspettiva che però negli alessitimici risulta deficitaria. Gli individui con alti livelli di alessitimia, quindi, possono non valutare accuratamente la loro capacità di identificare e descrivere le emozioni (Pastore & Dellantonio, 2019). Per ovviare a questo problema è utile adottare un approccio multi-metodo somministrando insieme alla TAS-20 altri strumenti o test proiettivi.

Un'altra obiezione è inerente al fatto che la TAS-20 presenta delle limitazioni psicometriche se somministrata agli adolescenti. Un recente studio condotto da Molinengo et al. (2022) ha portato alla creazione e validazione della TAS-10, una versione ridotta della TAS-20 tarata specificamente per l'Italia su un campione di adolescenti.

Questa versione più breve, nota per la sua alta correlazione con la TAS-20 offre un vantaggio significativo in quanto richiede meno tempo per la somministrazione.

Identificare precocemente le caratteristiche dell'alessitimia e fornire interventi appropriati potrebbe aiutare gli adolescenti a sviluppare una migliore consapevolezza emotiva e a gestire in modo più efficace le proprie emozioni, migliorando così il loro benessere complessivo (Molinengo et al., 2022).

2.4. La fisioterapista: un esempio di un caso clinico con alta alessitimia

Per meglio capire quale sia il funzionamento psicologico di una persona che presenta alessitimia e concretizzare meglio ciò che finora è stato illustrato dal punto di vista teorico può essere utile riportare qui di seguito l'estratto di un colloquio tra uno psicologo ed una paziente alessitimica, caso clinico presentato nel volume "Tra mente e corpo" di Luigi Solano. Il prof. Solano è uno psichiatra romano, docente di Psicologia clinica presso l'Università della Sapienza a Roma, attualmente considerato il principale studioso di psicosomatica e della relazione tra alessitimia e psicosomatica.

La paziente in questione è una donna divorziata di circa 50 anni che da circa 8 anni accusa vari sintomi inspiegabili da un punto di vista medico. Nella prima parte del colloquio la paziente racconta del suo disturbo e delle varie terapie intraprese negli 8 anni precedenti. Ciò che emerge con estrema chiarezza, è che quando il medico le pone domande sulla sua risposta emotiva alla malattia, la paziente mostra un'assoluta incapacità a descrivere ciò che prova seppure sia chiaro il disagio associato al suo malessere fisico.

«DR: Può dirmi qualcos'altro sui suoi sentimenti riguardo a tutti questi problemi medici?

PZ: Mmm – Non so come dire. Cioè, ho sempre – sa com'è – per me la vita dipende da noi, nonostante tutto quello che succede, e non sono mai stata molto emotiva riguardo a quello che mi capita – cerco di essere analitica, e sono sicura, obiettivamente, so che l'origine di tutto è stata la sinusite. E penso che fondamentalmente la causa di tutto ciò che mi succede è il fatto che non ho mai preso gli antibiotici.

DR: Da un punto di vista emotivo non prova niente in questi casi?

PZ: No.

DR: Assolutamente niente?

PZ: No. Sono solo debole, spossata. Mmm - la sola cosa paragonabile a questa è quando mi hanno operato una ventina d'anni fa, ho avuto uno shock, ed è la stessa cosa. Quando alla fine quel giorno il telefono mi ha svegliato – mmm- ero stata all'ospedale quella mattina e ce l'ho fatta a malapena ad arrivarci. Non sapevano che fare, per cui non hanno fatto niente. È per questo che mi sono infuriata.

DR (cogliendo al volo l'occasione): Mi dica qualcosa di questa furia. PZ: Be' è solo che, ecco, è il colmo dell'inutilità cercare sempre di risalire all'origine di tutto.

DR: Che si prova a essere infuriati?

PZ: Mah, è un modo di dire ma in realtà è difficile dirlo a parole.

DR: Può provarci?

PZ: È... è... come dire collegato a quello che è successo e non avere risposta, e credo che dipenda dal fatto che in quel periodo avevo appena fatto un prelievo quando mi è salita la pressione...

DR (interrompe la paziente che sta ricominciando a parlare dei suoi sintomi): Questo non è esattamente descrivere la furia a parole, non crede?

PZ: No, effettivamente...

DR: Cerchi di farlo. Che significa per lei essere furiosa?

PZ: È difficile dirlo a parole (silenzio).

DR: Vedo che per lei è difficile descrivere il sentimento di furia. Le riesce difficile descrivere anche le altre emozioni?

PZ: Non ci ho proprio mai pensato.

DR: Le capita mai di essere depressa?

PZ: No. Non sono un tipo depresso, no. Quello che mi è successo è legato a mmm - per dire le cose in un certo modo, credo...

DR: La depressione sa, lei sa di che si tratta?

PZ: Sì, credo di sì. Conosco un sacco di persone che sono state depresse.

DR: E a lei è mai capitato?

PZ: No, non credo.

DR: Proprio mai?

PZ: No, non credo proprio.

DR: E la tristezza?

PZ: Non credo, no.

DR: Quali sono le emozioni che lei prova di solito?

PZ: È difficile dirlo.

DR: Se qualcuno le chiedesse di che umore è di solito, cosa risponderebbe?

PZ: Mah, non è che io abbia grandi sbalzi di umore, e - mmm - credo, come dire, sono stata in coma tre volte, e la prima volta sembra che non avessi nessuna espressione sul viso. Mi è capitato che i fisioterapisti con cui lavoravo mi chiedessero se ero arrabbiata con loro e io gli dicevo, be', sapete come sono fatta, se fossi arrabbiata lo vedreste.

DR: Lo vedrebbero da cosa?

PZ: Gliel'ho detto, non ho grandi sbalzi di umore. Non è che sto sempre ad arrabbiarmi con le persone.

DR: Non si arrabbia mai?

PZ: Sì, certo. A volte esplode. Non sono il tipo che si tiene le cose dentro, butto tutto fuori.

DR: E a proposito di sentimenti tristi, le capita mai di essere triste?

PZ: Penso che più o meno capiti a tutti. Ma non credo di essere mai stata triste.

DR: Le capita di piangere?

PZ: Qui mi sono messa a piangere quando le raccontavo quello che mi è successo e questo mi sorprende. È la gran frustrazione, credo che sia questo.

DR: La sorprende di ritrovarsi a piangere! Che cosa prova quando piange?

PZ: Non so, perché credo che sia giusto la frustrazione che lo provoca.

DR (riferendosi a un colloquio precedente, nel corso del quale alla paziente erano spuntate le lacrime):

L'altro giorno durante il colloquio si è messa a piangere, o quasi. Si ricorda che cosa provava?

PZ: Proprio no. Ed è questo che mi sorprende. Credo che sia il fatto di parlare sempre di questo, è già abbastanza duro viverlo».

Da questo dialogo possiamo notare che la paziente presenta difficoltà a descrivere la natura soggettiva delle emozioni, ad esempio, quando si riferisce al significato di depressione o quando tenta di descrivere la rabbia. La paziente riesce ad avvertire la rabbia solo quando questa è intensa.

Emerge chiaramente la difficoltà della paziente nell'identificare le emozioni e il fatto che disponga di un vocabolario piuttosto povero per descriverle.

CAPITOLO 3

Il rapporto tra alessitimia e disturbi psicosomatici

“Quando non ci sono parole per esprimere il proprio disagio, il corpo si fa carico di manifestarlo”.

L'obiettivo di questo capitolo è di rispondere alla domanda: “Esiste una relazione tra alessitimia e disturbi psicosomatici?”.

Prima di tutto, è cruciale fornire una definizione di disturbo psicosomatico, in modo da stabilire il contesto per comprendere la relazione con l'alessitimia. In seguito, attraverso una revisione accurata della letteratura scientifica, sarà possibile esaminare studi empirici che indagano specificamente la relazione tra alessitimia e disturbi psicosomatici. Questo approccio permetterà di analizzare in modo completo e sistematico le evidenze disponibili e di valutare la forza e la consistenza della relazione tra questi due fenomeni.

La ricerca empirica in questo campo può aiutare a comprendere meglio i meccanismi attraverso cui l'alessitimia può influenzare la salute fisica e il benessere emotivo degli individui, fornendo così una base per lo sviluppo di interventi efficaci per la prevenzione e il trattamento dei disturbi psicosomatici nei soggetti alessitimici.

3.1. I disturbi psicosomatici

Nel DMS-5 i disturbi psicosomatici sono inclusi nella categoria "Disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati". I disturbi psicosomatici si manifestano con sintomi fisici che possono suggerire la presenza di una condizione medica generale, ma in realtà non derivano da un problema organico o funzionale specifico. I sintomi fisici sono causati principalmente da fattori psicologici, come lo stress, l'ansia, la depressione o altri disturbi emotivi (Furini, 2020).

È importante sottolineare che questi disturbi non implicano necessariamente che i sintomi fisici siano "falsi" o "immaginati". Al contrario, i sintomi sono reali e possono causare un significativo disagio per la persona che li sperimenta.

Alla base del disturbo psicosomatico vi è un processo chiamato somatizzazione. Il termine "somatizzazione" è stato introdotto da Wilhelm Stekel, uno psicoanalista viennese, nel 1925. Stekel utilizzò questo termine per descrivere il processo attraverso il quale una nevrosi si esprime sottoforma di disturbo fisico.

Oggi si parla di somatizzazione in riferimento a disturbi psichici che si correlano a disturbi somatici, coinvolgendo il sistema endocrino ed immunitario. La somatizzazione è un fenomeno clinico diffuso che può coinvolgere fino al 30-40% dei pazienti (Fava, 1992).

È importante sottolineare che la somatizzazione è "specificata" per ogni individuo, il che significa che i sintomi fisici si manifestano in modo diverso in base alla dimensione dell'organo coinvolto e alla natura dell'emozione sottostante.

Il collegamento tra la manifestazione somatica e l'emozione sottostante è analogico-simbolico e non di causalità diretta. Questo significa che i sintomi fisici non sono direttamente causati dall'emozione, ma piuttosto rappresentano un modo per il corpo di esprimere un disagio emotivo in un linguaggio simbolico.

Il coinvolgimento del sistema nervoso autonomo (SNA) è fondamentale in questo processo, poiché controlla molte delle funzioni automatiche del corpo e può essere influenzato dalle emozioni e dallo stress emotivo. Di conseguenza, un'attivazione costante e persistente nel tempo del sistema nervoso può innescare reazioni vegetative che portano alla manifestazione di sintomi fisici.

Gli organi più comunemente coinvolti nella somatizzazione includono l'apparato gastrointestinale, cardiocircolatorio, respiratorio, urogenitale, cutaneo e muscoloscheletrico. I sintomi possono variare notevolmente da persona a persona e possono includere ulcere peptiche, aritmie cardiache, asma bronchiale, dolori mestruali, dermatiti, cefalee e molti altri.

Qual è la causa sottostante alla somatizzazione? Abbiamo visto che i disturbi psicosomatici rappresentano una manifestazione fisica di uno stress emotivo o psicologico. Questo processo si verifica quando le emozioni dolorose o insopportabili non possono essere espresse o affrontate in modo adeguato a livello psicologico e quindi trovano una valvola di sfogo nel corpo. Le emozioni possono essere così intense e travolgenti da superare la capacità dell'individuo di affrontarle consapevolmente. Di conseguenza, il corpo reagisce a queste emozioni sopraffacenti attraverso sintomi fisici, che possono coinvolgere organi specifici considerati "bersaglio" già sofferenti e deboli (Furini, 2020).

Il termine "psicosomatico" è stato oggetto di critiche da parte di diversi ricercatori nel campo della psicosomatica, inclusi Engel e Lipowski. Questi autori hanno sollevato importanti punti di discussione riguardo al concetto stesso di "malattia psicosomatica" e al modo in cui questo termine può essere fuorviante o limitante nella comprensione dei processi di interazione tra mente e corpo.

In particolare, Engel ha descritto che il termine "malattia psicosomatica" suggerisce erroneamente l'idea di una classe speciale di disturbi con una causa esclusivamente psicogena, ignorando così la complessità delle interazioni tra diversi fattori nel determinare la salute e la malattia. Come già anticipato nel primo capitolo, Engel sostiene che tutte le malattie, indipendentemente dalla loro eziologia apparente, hanno componenti psicosomatiche, biochimiche e fisiologiche. Sulla base di queste ipotesi ha infatti elaborato il modello biopsicosociale delle malattie (1977).

Inoltre, l'autore enfatizza l'importanza di considerare la relazione temporale tra gli stimoli ambientali, i significati attribuiti ad essi e l'inizio o l'esacerbazione dei sintomi fisici. Questo suggerisce che i fattori psicologici possono contribuire all'inizio o all'aggravamento di un disturbo fisico, ma è fondamentale che ci sia un'evidenza di questa relazione temporale per giustificare l'attribuzione di un ruolo significativo ai fattori psicologici nel quadro clinico (Fava, 1992).

In sintesi, negli anni '70 si è verificato un cambiamento epistemologico importante che ha portato a una nuova visione dei disturbi psicosomatici come fenomeni complessi influenzati da una vasta gamma di fattori. Questo nuovo modello di interpretazione ha superato la precedente scissione tra mente e corpo, riconoscendo invece la loro interconnessione e interazione.

Secondo questo approccio multicausale, circolare e interattivo, i disturbi psicosomatici sono il risultato di una complessa interazione tra vari fattori biologici, psicologici e sociali, che si rinforzano reciprocamente nel determinare la patologia. Non esiste perciò un unico punto di inizio o una singola causa dominante. In questa prospettiva, anche se una causa può essere presente in misura significativa, potrebbe non essere sufficiente da sola a determinare il disturbo psicosomatico (Caretto e La Barbera, 2005; Solano, 2013).

3.2. La relazione tra alessitimia e disturbi somatici

L'alessitimia è oggetto di studio nella letteratura scientifica da oltre tre decenni, e la sua associazione con una varietà di disturbi emotivi e fisici è ben documentata.

Una delle principali opinioni sull'alessitimia è che essa sia un fattore di rischio per lo sviluppo, il mantenimento o l'aggravamento di problemi di salute fisica che sono influenzati da un disturbo nella regolazione degli affetti (Lumley, Beyer, e Radcliffe, 2008; Solano, 2013; Caretti e La Barbera, 2005; Taylor, Bagby e Parker, 1997).

L'alessitimia, come già sappiamo, viene concettualizzata come un disturbo della regolazione affettiva; l'incapacità di elaborare ed esprimere in modo sano le emozioni può portare ad una sorta di "indigestione emotiva", dove gli elementi emotivi non elaborati rimangono in sospeso e possono generare tensione e disturbi a livello fisico (Caretto e La Barbera, 2005; Solano, 2013). Per questo motivo le emozioni non adeguatamente simbolizzate e mentalizzate si manifestano attraverso un "linguaggio organico" (López-Muñoz e Pérez-Fernández, 2020). Ciò accade in quanto le persone con alessitimia possono avere difficoltà nel modulare efficacemente i loro stati di *arousal* emotivo. Ciò significa che possono sperimentare un'attivazione emotiva intensa e prolungata che può influenzare negativamente i processi corporei, portando a una serie di sintomi somatici e disturbi psicosomatici causati da un'alterazione del sistema nervoso autonomo, endocrino e immunitario (Grossi, 2022; Porcelli et al., 2014; Lumley, Beyer e Radcliffe, 2008).

Un'ipotesi alternativa, tuttavia, è che gli individui alessitimici siano inclini a sperimentare sintomi somatici a causa della tendenza eccessiva a focalizzarsi sulle sensazioni corporee che accompagnano l'*emotional arousal*. Questo può portare i pazienti a richiedere visite mediche riguardo ai sintomi percepiti in quanto vengono scambiati per sintomi di malattie fisiche.

In sintesi, la malattia somatica, secondo questo modello, può essere vista come un disturbo della regolazione affettiva che si traduce in un disturbo della regolazione psicobiologica. Il sintomo somatico si manifesta quando viene meno la connessione con una rappresentazione simbolica dell'emozione (Solano, 2013; Bucci, 1997).

Esistono ulteriori modelli che tentano di spiegare la relazione tra alessitimia e la formazione dei sintomi somatici (Nemiah, 1977):

- Il modello della negazione;
- Il modello del deficit;
- Il modello strutturale;
- Il modello di regolazione psicobiologica.

Il modello della negazione. Il termine “negazione” è sempre stato usato per indicare genericamente una difesa contro gli affetti. Secondo la teoria di Grotstein (1997) una mancanza di sintonizzazione affettiva con l’adulto di riferimento durante le prime fasi di sviluppo, creerebbe la base per lo sviluppo di difese psicologiche contro un’affettività incontrollata e poco regolata.

Gli individui alessitimici hanno sviluppato una propensione a evitare consapevolmente esperienze interne che contengono un alto carico emotivo. La limitata capacità di individuare e gestire le emozioni può essere vista come un meccanismo fisiologico per evitare esperienze emotive che vengono percepite come disturbanti. Questo costante sforzo di evitamento, a lungo termine, può favorire lo sviluppo di patologie sia fisiche che mentali.

Con la sua implicazione di un’inibizione massiccia e globale degli affetti, il concetto di negazione, fornisce una base teorica per l’alessitimia in connessione con la formazione dei sintomi somatici (Nemiah, 1977).

Il modello del deficit. Secondo questo modello psicoanalista, la formazione dei sintomi somatici è il risultato di specifici deficit dell’Io, in particolare l’assenza della capacità di costruire fantasie e di provare sentimenti.

Le scariche istintuali sfuggono all’elaborazione mentale a causa di una rappresentazione carente e di una risposta affettiva incompleta: in breve, un impoverimento della capacità di simbolizzare ed elaborare le richieste istintuali e il loro conflitto con la realtà. L’energia istintuale, deviando la psiche, agisce quindi direttamente sul corpo, con un conseguente danneggiamento del soma. Tuttavia, un punto debole del modello del deficit psicologico è che, rimanendo all’interno del quadro di riferimento psicoanalitico, impiega costrutti e ipotesi che non sono osservabili e facilmente testabili. L’energia istintuale, ad esempio, non può essere misurata né si possono determinare le vie attraverso le quali influisce direttamente sul corpo.

Il modello strutturale. Questo modello rende possibile la traduzione di costrutti psicoanalitici intangibili e non misurabili in concetti di processi neurochimici che hanno luogo nelle vie e nei centri neuronali. Fornisce dunque una base per comprendere il comportamento alessitimico e la formazione di sintomi psicosomatici in termini di substrati neuroanatomici.

I modelli strutturali ipotizzano che potrebbe esserci una disconnessione o un malfunzionamento nelle vie neurali che trasmettono le informazioni tra le aree del cervello coinvolte nel generare e regolare le emozioni e quelle coinvolte nell’elaborazione cognitiva. La natura dei processi psicosomatici suggerisce un disturbo nelle connessioni tra il sistema limbico e i centri corticali.

Il modello di regolazione psicobiologica. «Il tentativo di spiegare le relazioni tra alessitimia (intesa come un disturbo nel dominio cognitivo-esperienziale di risposta emotiva e di regolazione interpersonale dell'emozione) e le malattie somatiche, proposto da Taylor et al. (1997), si colloca all'interno di un nuovo modello integrato che concettualizza molti disturbi o malattie somatiche come disturbi della regolazione psicobiologica» (Caretti e La Barbera, 2005, p. 148).

Questo modello si basa sulla teoria generale dei sistemi secondo la quale l'uomo è un sistema in grado di auto-regolarsi attraverso le interrelazioni tra i diversi sistemi che possiede (psicologico, biologico, relazionale, fisiologico, ecc.). Il passaggio da uno stato di salute ad uno stato di malattia avviene quando manca una connessione tra i circuiti che collegano i diversi sottosistemi. All'interno di una teoria dei sistemi, è chiaro come un disturbo nella regolazione del sistema emotivo possa avere un impatto sugli altri sistemi del corpo umano. Le emozioni sono strettamente connesse e interagiscono con una vasta gamma di sistemi fisiologici, tra cui il sistema endocrino, il sistema immunitario, il sistema cardiovascolare e altri ancora.

Quando vi è un disturbo nella regolazione delle emozioni, questo può influenzare o addirittura interrompere i processi di auto-organizzazione dell'organismo favorendo lo sviluppo di disturbi psicosomatici.

Possiamo infine trarre una sintesi dai modelli citati e concludere che l'alessitimia può essere considerata un importante fattore di rischio che può contribuire al deterioramento della salute fisica, specialmente quando combinata con altri fattori.

Le cause dell'alessitimia e delle sue conseguenze sulla salute devono quindi essere individuate «nel fallimento o nella parziale acquisizione di capacità simboliche e di mentalizzazione dell'esperienza affidate alle vicissitudini delle precoci relazioni madre-bambino, il cui effetto disregolativo si manifesterebbe a livello dei sottosistemi biologici, in un'alterata relazione, non ancora specificata, tra diversi sistemi chimici o diversi sistemi autonomi (malattie organiche)» (Caretti e La Barbera, 2005, p. 149-150).

3.3. Studi empirici sulla relazione tra l'alessitimia e l'alterazione delle risposte immunitarie

Dal punto di vista teorico ed empirico, l'osservazione di alti livelli di alessitimia nei pazienti psicosomatici, rientra nel concetto iniziale definito da Nemiah e Sifneos.

Il supporto empirico fornito da un numero crescente di ricerche in tutto il mondo ha consolidato ulteriormente il legame tra alessitimia e patologia somatica, dimostrando che alti livelli di alessitimia possono essere una caratteristica comune in una vasta gamma di condizioni mediche.

Una delle prime evidenze sulla relazione tra alessitimia e somatizzazione si ritrova in uno studio di Shipko effettuato nel 1982. L'autore condusse un'indagine utilizzando la SSPS (*Schalling-Sifneos Personality Scale*) su un gruppo di 12 pazienti con inclinazione alla somatizzazione, 27 individui sani e 15 pazienti affetti da malattie psicosomatiche classiche. I risultati di questa ricerca mostrarono che il gruppo di pazienti con tendenza alla somatizzazione presentava significativamente più alti livelli di alessitimia rispetto agli altri due gruppi. Tuttavia, va notato che questi risultati fornivano solo una certa evidenza a sostegno dell'associazione tra alessitimia e somatizzazione, poiché lo studio era limitato dalle scarse qualità psicometriche della scala SSPS e da una possibile distorsione nella selezione del campione.

Uno studio di Lumley, Beyer e Radcliffe (2008) ha messo in evidenza una correlazione significativa tra alessitimia e il peggioramento del funzionamento del sistema immunitario che molto spesso causa disturbi intestinali e infiammatori (Uno studio di Todarello et al. (1997) ha riscontrato che l'alessitimia è correlata a una riduzione dei livelli di linfociti.

L'asse bidirezionale cervello-intestino fa sì che i sintomi somatici siano generati non solo da disturbi della motilità e da alterazioni degli input sensoriali provenienti dall'intestino, ma anche da stati di eccitazione emotiva non regolati e da interazioni reciproche tra questi fattori.

Negli anni sono stati effettuati diversi studi empirici riguardo a questa specifica relazione.

La presunta associazione tra alessitimia e malattia infiammatoria intestinale (IBD, *Inflammatory Bowel Disease*) è stata studiata da Porcelli e collaboratori nel 1995. Sono stati selezionati 112 pazienti IBD (89 con colite ulcerosa e 23 con morbo di Crohn) utilizzando la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20). L'alessitimia è stata valutata anche in un gruppo di controllo di 112 soggetti senza alcuna patologia intestinale appaiati per sesso, età e istruzione al gruppo clinico. Il gruppo IBD è risultato significativamente più alessitimico rispetto al

gruppo di controllo, inoltre non è stata riscontrata alcuna differenza significativa tra i pazienti affetti da colite ulcerosa e quelli affetti da morbo di Crohn.

In uno studio successivo di Porcelli, Taylor, Babgy e De Carne (1999) è stata esaminata la relazione tra l'alessitimia e i disturbi funzionali gastrointestinali (FGID, *Functional gastrointestinal disorders*) in un gruppo di 121 pazienti FGID. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare l'alessitimia in un gruppo ben selezionato di pazienti con FGID utilizzando la TAS-20 e di confrontare i risultati con quelli ottenuti nei pazienti con IBD (malattie infiammatorie intestinali) e nei soggetti senza alcuna patologia.

Il riscontro di un alto tasso di Alessitimia (66%) nel gruppo di pazienti con FGID è coerente con la propensione di questi pazienti alla somatizzazione.

Sebbene sia noto che le emozioni possono influenzare la funzione gastrointestinale in individui sani, ciò che ancora non è chiaro è la struttura di personalità degli individui che sviluppano questi disturbi intestinali. Questi disturbi sono stati definiti come una combinazione variabile di sintomi gastrointestinali cronici o ricorrenti non riconducibili ad anomalie strutturali o biochimiche; come tali, i FGID mostrano molte sovrapposizioni teoriche e cliniche con i disturbi somatoformi, anch'essi caratterizzati da sintomi inspiegabili dal punto di vista medico. Infatti, i pazienti con FGID tendono a manifestare numerosi sintomi somatici non gastrointestinali non spiegati dal punto di vista medico, nonché ansia, depressione e sonno insufficiente.

Infine, un altro studio più recente di Honkalampi e colleghi (2011) si è occupato di osservare le risposte immunitarie nei soggetti Alessitimici.

Gli autori hanno per prima cosa misurato i livelli sierici di proteina C-reattiva ultrasensibile (hs-CRP, *Highly Sensitive C-Reactive Protein*), dati che rivelano lo stato infiammatorio generale. Infatti, in caso di infiammazione, i valori della proteina C-reattiva crescono in maniera esponenziale.

Il risultato di questa ricerca è che la hs-CRP è associata a una maggiore probabilità di appartenere al gruppo degli Alessitimici. L'alessitimia risulta essere dunque una condizione caratterizzata da un pronunciato stato infiammatorio e potrebbe essere considerata una reazione a situazioni stressanti.

Si può dunque concludere che l'alessitimia è associata ad un peggioramento del sistema immunitario e questo può causare diverse tipologie di malattie infiammatorie.

In primo luogo, gli individui alessitimici hanno alterazioni delle capacità di elaborazione e di capacità di regolazione delle emozioni, che potrebbero indurre un'alterazione dell'omeostasi attraverso alterazioni delle attività autonome, endocrine e immunitarie.

In secondo luogo, a causa delle loro difficoltà a comunicare i propri sentimenti e la scarsa comprensione delle emozioni altrui, i pazienti alessitimici hanno difficoltà a costruire e mantenere relazioni strette con gli altri e a utilizzare in modo appropriato i supporti sociali per proteggersi dalle influenze potenzialmente patologiche degli eventi stressanti.

Quindi, dal punto di vista teorico, non vi è dubbio che l'alessitimia gioca un ruolo chiave nel controllo delle malattie e nella promozione della salute.

È chiaro però che è necessario esplorare in profondità questa relazione effettuando ulteriori e più approfonditi studi che permettano di superare le limitazioni metodologiche che potrebbero influenzare la validità e l'affidabilità dei risultati.

CONCLUSIONE

Lo scopo di questo lavoro è stato quello di evidenziare l'interconnessione tra la mente e il corpo, concentrandosi sull'alessitimia, in cui il concetto di emozione svolge un ruolo centrale.

Per molto tempo la scissione mente-corpo è stata predominante, fino a quando, grazie alla nascita della psicanalisi, si è iniziato a pensare che il corpo potesse comunicare stati di sofferenza mentale o un disagio psichico. Questo modello, definito lineare, è stato poi ampiamente superato negli anni 70' grazie alla teorizzazione del modello biopsicosociale di George Engel (1977) utilizzato come solido riferimento teorico nella medicina psicosomatica. In accordo con l'autore la malattia sarebbe causata da un insieme di diversi fattori: ambientali, relazionali, psicologici e biologici.

Metaforicamente possiamo pensare le emozioni come ponti che uniscono il mentale e il corporeo. Questa unitarietà è stata tanto promossa in ambito teorico e scientifico quanto disattesa sul piano pratico; molti autori, infatti, ammettono che le emozioni siano caratterizzate sia da processi cognitivi, come la valutazione, sia da processi corporei come l'attivazione fisiologica o le espressioni facciali (Colombetti, Thompson, 2015). L'idea del legame stretto tra aspetti mentali e fisici delle esperienze emotive è riassunta nel concetto di "cognizione incorporata".

In condizioni di salute il sistema corporeo e il sistema cognitivo coinvolti in un'esperienza emotiva comunicano in modo efficace e questo permette una corretta regolazione delle emozioni per riconoscere i propri stati emotivi e i propri vissuti e attribuirli un senso, distinguendoli dall'attivazione corporea legata all'emozione.

Tutto questo processo risulta deficitario quando ci si riferisce al costrutto di alessitimia. Infatti, l'alessitimia è concettualizzata come un disturbo cognitivo-affettivo con deficit di simbolizzazione delle emozioni: ciò significa che il soggetto alessitimico sperimenta a livello corporeo l'attivazione fisiologica legata alle emozioni ma non è in grado di creare una rappresentazione mentale-simbolica di ciò che sta provando, con la conseguenza di non riuscire a descrivere a parole i suoi stati affettivi.

L'alessitimia offre un'importante prospettiva per comprendere il legame tra mente e corpo, evidenziando come i deficit nella comunicazione emotiva e nella consapevolezza delle proprie emozioni possano influenzare la salute mentale e fisica. Questo disturbo mette in luce il fatto che le esperienze emotive coinvolgono sia gli aspetti mentali che quelli corporei dell'individuo

e che la mancata integrazione o comunicazione tra questi sistemi può portare a disfunzioni significative.

Il fatto che l'alessitimia sia caratterizzata da una difficoltà nel riconoscere e interpretare le proprie emozioni suggerisce che vi sia un'interruzione nella trasmissione delle informazioni tra la mente e il corpo. Ciò può manifestarsi attraverso sintomi fisici non spiegati da cause mediche evidenti, in quanto le emozioni non riconosciute possono manifestarsi come disturbi somatici. L'elaborato fornisce risultati che dimostrano come i deficit caratteristici dell'alessitimia hanno un impatto negativo sulla salute fisica degli individui, in particolare contribuiscono allo sviluppo e al peggioramento delle malattie somatiche. Le caratteristiche alessitimiche sono quindi considerate un fattore di rischio per l'alterazione dell'omeostasi del sistema immunitario.

Alcuni modelli esplicativi continuano a pensare la mente e il corpo come due cose separate occorre però promuovere ricerche e approcci clinici che tengano conto dell'unitarietà tra i due costrutti. Sono necessarie anche ulteriori ricerche, soprattutto longitudinali, per ottenere maggiori evidenze empiriche riguardo alla relazione tra alessitimia e disturbi psicosomatici.

BIBLIOGRAFIA

- Amerio, P. (2015). Menti incorporate e pratiche sociali. *Giornale italiano di psicologia*, 1-2, p. 57-62.
- Baldoni, F. (2010). *La prospettiva psicosomatica*. Bologna: Il Mulino.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 17 (2), 151-172.
- Canali, S. (2003). La debolezza psicosomatica. *Sapere*, 69(4), 36-41.
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Alessitimia: Valutazione e trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Caruana, F., & Viola, M. (2018). *Come funzionano le emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Delle Fave, A., & Bassi, M. (2013). *Psicologia e salute: Esperienze e risorse dei protagonisti della cura*. Novara: De Agostini Scuola.
- Di Francesco, M., & Tomasetta, A. (2021). Mente incorporata. Una mappa della rivoluzione. *Sistemi Intelligenti*, 1, 113-130.
- Di Trani, M., Mariani, M., Renzi, A., Greenman, P.S., & Solano, L. (2018). Alexithymia according to Bucci's multiple code theory: A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91, p. 232–247.
- Dorfman, W. (1979). Psychosomatic Medicine: Some Past and Current Concepts. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 31 (1), 33-37.
- Epifanio, M.S., Raso, M.I., & Sarno, L. (2005). Disregolazione affettiva, qualità degli stili di attaccamento e malattie psicosomatiche: uno studio su campioni indipendenti. In *Alessitimia: Valutazione e trattamento* (p.143-174). Casa Editrice Astrolabio.
- Fava, G.A. (1992). The Concept of Psychosomatic Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1, p. 1-12.

- Freud, S. (1976). *Introduzione alla psicoanalisi* (Vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri.
- Galati, D. (2020). *Le vicende di Psiche: La psicologia alla ricerca del suo oggetto e dei suoi metodi*. Torino: G. Giappichelli Editore.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), p. 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), p. 271–299.
- Honkalampi, K., Lehto, S.M., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Niskanen, L., Valkonen-Korhonen, M., & Viinamäki H. (2011). Alexithymia and Tissue Inflammation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80 (6), p. 359-364.
- Horton, P.C., Gewirtz H., & Kreutter, K.J. (1992). Alexithymia: State and Trait. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 58 (6), p. 91-96.
- Lalumera, E., & Amoretti M.C. (2018). Psichiatria e neuroscienza cognitiva: la proposta di Dominic Murphy. *Sistemi intelligenti*, 1, 141-164.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lolas, F. (1989). Communication of Emotional Meaning, Alexithymia, and Somatoform Disorders: A Proposal for a Diagnostic Axis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52 (4), p. 214-219.
- López-Muñoz, F., & Pérez-Fernández, F. (2020). History of the Alexithymia Concept and Its Explanatory Models: An Epistemological Perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 10 (1026), p. 1-8.
- Lyvers, M., Kohlsdorf, S.M., Edwards, M.S., & Thorberg, A. (2017). Alexithymia and Mood: Recognition of Emotion in Self and Others. *The American Journal of Psychology*, 130 (1), p. 83-92.

- Molinengo G., Romeo A., Trombetta T., Rollè L., Castelli L., Loera B. (2023). Shortened version of TAS using IRT: The 10-item scale for adolescents. *Personality and Individual Differences, 205*.
- Nannini, S. (2002). *L'anima e il corpo: Un'introduzione storica alla filosofia della mente*. Roma-Bari: Laterza.
- Nemiah, J.C., (1977). Alexithymia: Theoretical Considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics, 28 (1/4)*, p. 199-206.
- Pastore, L., & Dellantonio, S. (2019). L'identificazione percettiva e la consapevolezza delle emozioni: alessitimia, agnosia e il ruolo delle sensazioni qualitative. *Sistemi intelligenti, 2*, p. 315-337.
- Paternoster, A. (2014). La natura corporea delle emozioni. *Sistemi intelligenti, 1*, 141-148.
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of Alexithymia and Its Relationships with the 'Big Five' Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74 (6)*, p. 371-378.
- Plamper, J. (2018). *Storia delle emozioni*. Bologna: Il Mulino.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G.J. (1995). Alexithymia in Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 64 (1)*, p. 49-53.
- Porcelli, P., Taylor, G.J., Babgy M., & De Carne, M. (1999). Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68 (5)*, p. 263-269.
- Porcelli, P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica: Modelli teorici, diagnosi, trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Porcelli, P., Cozzolongo, R., Lanzilotta, E., Giannuzzi, V., & Leandro, G. (2014). Somatization Symptoms or Interferon-Related Adverse Events? Alexithymia and Somatization in Somatic Symptom Reporting of Patients with Chronic Hepatitis C. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83 (5)*, p. 310-311.

- Porcelli, P., Taylor, G.J., Bagby M., & De Carne, M. (1999). Alexithymia and Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (5), p. 263-269.
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(6), 1161–1178.
- Schacter, D., Gilbert, D., Nock, M., & Wegner D. (2018). *Psicologia generale*. Bologna: Zanichelli editore.
- Shipko, S. (1982). Alexithymia and Somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37 (4), p. 193-201.
- Sifneos, P., Apfel-Savitz, R., & Frankel, F.H. (1977). The Phenomenon of 'Alexithymia': Observations in Neurotic and Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28 (1/4), p. 47-57.
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo: Come si costruisce la salute*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H.J., & Freyberger, H.J. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (4), p. 240-246.
- Taylor, G., J., & Bagby, R. M. (1988). Measurement of alexithymia. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 351-66.
- Taylor, G.J. (1993). *Medicina psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toni, A. (2010). Stili di attaccamento, alessitimia e campo-dipendenza in un campione di giovani adulti. *Psicologia clinica dello sviluppo*, 2, p. 325-357.
- Trincas, R., et al. (2018). Il ruolo delle credenze sulle emozioni nei processi di regolazione emotiva. Una rassegna della letteratura su teorie, ricerche e trattamento. *Giornale italiano di psicologia*, 1, p. 187-213.

Turci, P.E. (2017). Cenni sul dualismo mente-corpo. *Giornale italiano di psicologia*, 3, 691-694.

Warms, H., & Harris, J.E. (1986). The Mind-Body Problem from a Medical Perspective. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 46 (3), 138-146. <https://www.jstor.org/stable/45115650>

Wolff, H.H. (1977). The Concept of Alexithymia and the Future of Psychosomatic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28 (1/4), p. 376-388.

SITOGRAFIA

Avico, R. (2018, 30 luglio). *Il concetto di finestra di tolleranza e il lavoro di Siegel*. State of Mind.

<https://www.stateofmind.it/2018/05/siegel-finestra-di-tolleranza/>

Colombetti, G., & Thompson, E. (2015, 30 novembre). *Il corpo e il vissuto affettivo: verso un approccio «enattivo» allo studio delle emozioni*. Open Edition Journals.

<https://journals.openedition.org/estetica/1982>

De Caro, M. (2010). *Filosofia della mente*. Treccani.

https://www.treccani.it/enciclopedia/filosofia-della-mente_%28Dizionario-di-Medicina%29/

Furini F. (2020, 1 giugno). *Psicosomatica delle emozioni*. Dott.sa Fulvianna Furini.

<https://fulviannafurini.it/2020/06/01/psicosomatica-delle-emozioni-umane/>

Grossi, T. (2022, 24 novembre). *Alessitimia e disturbi correlati: Un focus sui disturbi psicosomatici e su quelli depressivi in associazione all'alessitimia e sulle ipotesi che possono spiegare tale legame*. State of mind.

<https://www.stateofmind.it/2022/11/alessitimia-disturbi-correlati/>

Alla mia famiglia, per essere sempre stata presente e non avermi mai lasciata sola

A mio fratello Filippo, in grado di risvegliare il bambino interiore

A Nicolò, in grado di illuminare e donare amore incondizionato

A tutte le persone che ho incontrato in questi ultimi anni che hanno arricchito la mia anima

Grazie a me stessa, per avercela sempre messa tutta!