

Terapia e Ricerca

Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) – 08 –

Data di pubblicazione: 16 Febbraio 2012



**INTELLIGENZA SOMATICA: L'AVVENTO DI UN
NUOVO COSTRUTTO TRA CORPO ED EMOZIONI.**

**Verifica empirica su patologie oncologiche e
cardiovascolari.**

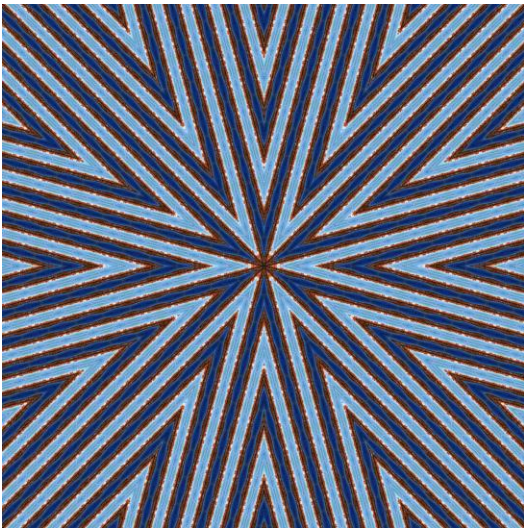
di Emanuele Castello

Esistono tratti di personalità che predispongono a patologie oncologiche e cardiovascolari? È evidenziabile una relazione tra tali malattie organiche e il costrutto classico di Alessitimia? Quali approcci terapeutici è consigliabile utilizzare con questi pazienti?

PERSONALITÀ, CARDIOPATIE E CANCRO

Esistono tratti di personalità che predispongono alla malattia organica? Questa domanda ha dato luogo a una discreta mole di ricerche sull'argomento, che già dalla fine degli anni '50 hanno cercato di mettere in relazione determinati "stili di personalità" con la tendenza ad andare incontro, nel corso dell'esistenza, a patologie cardiovascolari e oncologiche. Scopo di queste ricerche era quello di evidenziare delle caratteristiche comuni ai soggetti affetti da tali malattie, per cercare in qualche modo di prevenirne l'insorgenza e orientarne il trattamento.

"Personalità coronarica" è un termine coniato già negli anni '40 per quelle persone con una squisita tendenza alla perseveranza nel lavoro, scarsi interessi extralavorativi e spesso con un forte impulso a *dominare*; persone, però, che tuttavia lamentavano *debolezza* e *insicurezza* nella loro vita interiore. Tale tendenza comportamentale è stata definita più compiutamente da Friedman & Rosenman (1959) come personalità di "Tipo-A"; questo stile di personalità risulterebbe particolarmente predisposto alle malattie cardio-circolatorie e sarebbe caratterizzato, secondo gli autori, da tratti marcati e costanti di: *aggressività*, *competitività*, *ambizione*, *scarsa competenza nel riconoscimento e nella gestione delle emozioni* (che verrebbero, così, bruscamente scaricate all'esterno) e *scarsa attitudine all'introspezione*. Gli alti livelli di aggressività e ostilità potrebbero essere spiegati, secondo gli autori, sulla base di una menomata capacità dell'io di contenere e modulare la rabbia narcisistica e di tollerare la frustrazione.



Alcune ricerche hanno fornito prove empiriche dell'associazione tra caratteristiche di personalità narcisistiche e schema comportamentale di Tipo-A (Fukunishi et al., 1995); altri ricercatori hanno scoperto un'associazione positiva tra questo schema di comportamento e l'ipertensione essenziale (Shekelle et al. 1976; Smyth et al. 1978). Diversi studi hanno dimostrato, inoltre, che individui

con queste caratteristiche manifestano, in risposta a fattori di stress, una reattività cardiovascolare e neuro-ormonale maggiore di quella di individui a bassa ostilità (Tipo-B), che si riflette in livelli elevati di catecolamine nel plasma e nelle urine, in maggiori cambiamenti della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna (Suarez et al., 1989; Weidner et al., 1989; Williams et al., 1991).

Nel tempo, si è verificato, però, che le persone che s'incontrano nella pratica clinica sono perlopiù delle forme intermedie. Gli studiosi hanno cercato di enucleare, quindi, quelle dimensioni psicologiche che più si associano all'"iperattivazione" della persona e si è riscontrato che l'*ostilità* è la componente che più caratterizza il "tipo A": un'ostilità che viene in luce nelle situazioni di frustrazione, in cui il soggetto ha la sensazione di non riuscire ad "avere il controllo" che vorrebbe, sia sulle proprie azioni sia sull'ambiente che lo circonda. Studi più recenti hanno scoperto un'associazione positiva di questo tratto di personalità con la malattia periferica delle arterie (Deary *et al.*, 1994; Julkunen *et al.*, 1994) e con l'ipertensione (Jamner *et al.*, 1993).

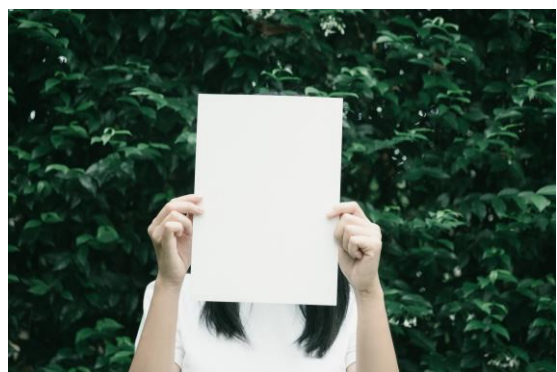
Un altro profilo di personalità, definito verso la fine degli anni '90, che si ritiene possa predisporre alle malattie cardiocircolatorie è la personalità di "Tipo D"; essa è associata a persone che provano spesso emozioni "negative" (depressione, ansia, rabbia) e tendono a reprimerle cronicamente. La descrizione del "tipo D" corrisponde a quello che comunemente appare come un individuo cronicamente "stressato", pervaso da preoccupazione e insicurezza, in preda a sentimenti di tensione, ansia, rabbia e tristezza. Un recente studio su 337 pazienti con malattia coronarica (Denollet et al, 2006) ha mostrato un rischio accresciuto di infarto per i soggetti con comportamento di "tipo D" rispetto ai pazienti non-tipo D,

indipendentemente dalla gravità della malattia.

Per ciò che concerne, invece, la malattia oncologica, vari studi (Morris et al., 1980; Heller et al., 1983; Temoshok, 1987) hanno mostrato l'emergere, ora più netto ora più sfumato, di alcune caratteristiche di personalità ricorrenti, che hanno portato all'elaborazione di un modello di personalità definito di "Tipo C" o "Cancer-prone personality", una tendenza comportamentale caratterizzata da un insieme specifico di atteggiamenti (*accondiscendenza, conformismo, passività, scarsa assertività*), tratti emozionali (*tendenza a reprimere le emozioni: in particolare, rabbia e aggressività*) e "*locus of control*" esterno (Phares 1957). La continua repressione emotiva si tradurrebbe, in questi soggetti, in un'iperattivazione ripetuta del sistema neurovegetativo che, a lungo termine, porterebbe alla compromissione dell'efficienza della risposta immunitaria. Tale elaborazione si configura per molti aspetti come polo opposto a quella del "tipo A" o "Coronary-prone personality". L'elemento maggiormente discriminante i due tipi di personalità sembra essere il grado di controllo emozionale, che varia da un grado estremo di *inibizione*, tipico dei soggetti con personalità di "tipo C", i quali tendono a reprimere le emozioni, ad uno di *espressione aperta ed incontrollata*, caratteristica degli individui con personalità di "tipo A".

È interessante notare che alcune delle caratteristiche attribuite alla "Coronary-prone personality" e alla "Cancer-prone personality" siano riconducibili al costrutto *allessitimico* classico (Sifneos, 1973); ciò è in accordo con la proposta di Grotstein (1986) di riconcettualizzare il comportamento di "Tipo-A" come manifestazione di un disturbo dell'autoregolazione e della regolazione degli affetti.

Il termine *allessitimia* letteralmente significa "mancanza di parole per le emozioni" e indica un deficit specifico nel riconoscimento e nell'espressione verbale di emozioni/stati d'animo propri ed altrui; è considerata "la causa più comune di scarsa risposta o di completo fallimento della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica" (Krystal, 1988; p.11), tanto che alcuni autori hanno cercato di trovare una via terapeutica alternativa da utilizzare con



questi pazienti, che potesse dare luogo a risultati più soddisfacenti (Mc Dougall, 1989; Bucci, 1997).

Tale costrutto clinico è stato ampiamente studiato fin dagli inizi degli anni '60 in relazione a svariate patologie organiche. In particolare, diversi ricercatori hanno cercato di indagarne la relazione con le malattie cardiovascolari, tuttavia la maggior parte dei risultati empirici fatti prima dell'invenzione della *TAS-20* (1) sono di validità dubbia, a causa delle scadenti proprietà psicometriche degli strumenti utilizzati. Gli studi effettuati più recentemente hanno rilevato un'associazione tra alessitimia e infarti al miocardio (Brzezinski & Rybakowski, 1993), precedente diagnosi di malattie coronariche (Kauhanen et al., 1994), ipertensione essenziale (Todarello et al., 1995), ritardo nel rivolgersi al medico (Kenyon et al., 1991), abitudini di vita/dieta (Yula et al., 1999), ipertensione sostenuta (Niiranen et al., 2006). Questi risultati sembrerebbero indicare la presenza di una forte associazione tra alessitimia e patologie cardiovascolari, tuttavia bisogna tener presente che essi sono stati condotti su un ristretto gruppo di pazienti e potrebbero non essere rappresentativi della popolazione generale; inoltre, a causa della struttura trasversale degli studi, non è possibile trarre conclusioni circa la causalità di tale relazione.

Per quanto concerne, invece, le patologie oncologiche, le ricerche condotte sono decisamente inferiori e dai risultati più contrastanti. Uno studio del 1993 (Anagnostopulos et al.), effettuato su un campione di 100 donne, non ha riscontrato alcuna relazione tra alessitima e presenza di tumore al seno; Todarello e collaboratori hanno invece riscontrato, in due studi del 1994, una forte associazione tra alessitimia e displasia cervicale. Da questi e da altri pochi studi effettuati (Rossi et al., 1994) emerge, quindi, una certa discordanza nei risultati: dai dati emersi è legittimo ipotizzare l'esistenza di una relazione positiva tra alessitimia e cancro, tuttavia il grado di tale rapporto non sembra essere di grande entità e difficile resta stabilire la direzione di tale relazione. Infatti, la malattia cancerosa presenta notevoli limitazioni per la ricerca sia per l'impossibilità di effettuare studi prospettici, sia perché le condizioni psicofisiologiche dei pazienti spesso interferiscono con le variabili oggetto della ricerca. Un'ulteriore difficoltà è costituita dall'effetto delle intensive terapie cui sono sottoposti costantemente i pazienti oncologici, che può favorire l'insorgenza di uno stato emotivo particolare, caratterizzato da una sorta di "inaridimento affettivo". Questo rende ancora più complesso stabilire la direzione di

tale relazione e apre, senza risolverla, la diafrasi intorno alle questioni di un'alessitimia "di stato" o "di tratto", *primaria* o *secondaria* (Freyberger, 1977).



LA COSTRUZIONE DI UN NUOVO DISEGNO DI RICERCA

I numerosi contributi illustrati finora hanno messo in luce come non sia facile chiarire la relazione tra personalità, alessitimia, malattie oncologiche e cardiovascolari e come risulti estremamente complesso, di conseguenza, ipotizzare delle valide alternative terapeutiche da utilizzare con questi pazienti. La ricerca dell'Istituto di Psicosomatica Integrata, nata nel 2005 dalla volontà di indagare più approfonditamente la relazione tra alessitimia e patologia organica, al fine di delineare una possibile metodologia terapeutica per tentare di approcciare patologie resistenti alla psicoterapia convenzionale, si inserisce in questo filone di ricerca poiché nel suo 4° step si è concentrata proprio sull'analisi delle malattie oncologiche e cardiovascolari.

Il progetto di ricerca originario si è sviluppato a partire da alcune osservazioni cliniche riguardanti i soggetti descritti in letteratura come "alessitimici", dalla cui evidenza sembrava emergere che gli affetti inelaborati e inespressi di tali soggetti non potessero del tutto scomparire, ma dovessero necessariamente tradursi in "qualcosa" e che questo "qualcosa" potesse essere il corpo. L'obiettivo principale della ricerca era, quindi, riuscire ad evidenziare, all'interno del costrutto alessitimico, la specificità qualitativa del rapporto che il soggetto intrattiene col corpo; si ipotizzava, infatti, che ciò avrebbe facilitato l'orientamento del progetto

terapeutico, adeguandolo al meglio alle qualità relazionali e alle risorse psichiche del paziente (Scognamiglio, 2008).

Questa ipotesi di partenza ha reso necessario lo sviluppo di un nuovo strumento di ricerca (2) che andasse ad indagare approfonditamente il rapporto del soggetto col corpo, ovvero la capacità di interpretare i vissuti somatici e metterli in relazione con quelli emozionali, un'area non ancora esplorata dagli attuali strumenti di valutazione dell'alessitimia. I primi tre step di ricerca (Scognamiglio *et al.*, 2006; Scognamiglio *et al.*, 2008; Scognamiglio *et al.*, 2009) hanno permesso di mettere a punto tale questionario, che nella sua versione finale è risultato composto da 33 item (3), riguardanti il rapporto coi vissuti corporei e con quelli emozionali; hanno permesso, inoltre, di testare lo strumento su un ampio campione di soggetti con differenti patologie psichiche e somatiche, oltre che su un numeroso gruppo di controllo. La tabella riassume sinteticamente i vari passaggi della ricerca, giunta oggi al suo 5° step.

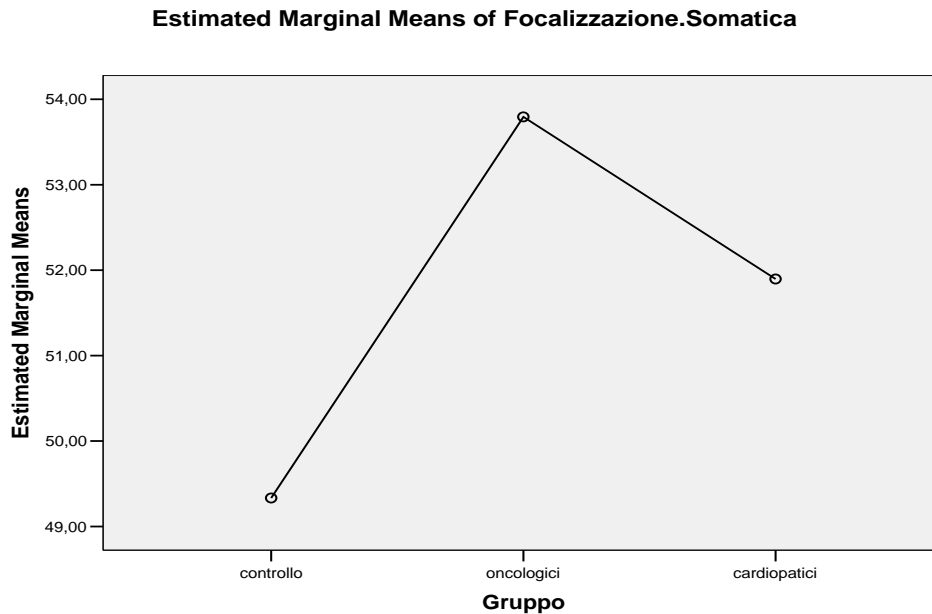
	Strumenti	Controllo	Campione Clinico
I Step	Questionario Sperimentale (137 item)	270 soggetti	90 soggetti: 30 DCA, 30 SM, 30 Disturbi da Somatizzazione
II Step	Questionario Sperimentale (137 item)	270 soggetti	90 (I Step) + 80 nuovi: Disturbi d'Ansia, Depressione, Dipendenza da Alcool
III Step	Questionario IPSI- 33 (33 item) e Tas-20	568 soggetti	319 soggetti: 192 DCA, 127 Tossicodipendenti
IV Step	Questionario IPSI- 33 (33 item) e Tas-20	672 soggetti	208 soggetti: 102 Oncologici, 106 Cardiopatici
V Step	Questionario IPSI- 33 (33 item) e Tas-20	672 soggetti	383 soggetti: 96 Sclerosi Multipla, 287 Adolescenti

Per ciò che concerne la parte della ricerca qui presa in esame, relativa allo studio delle patologie oncologiche e cardiovascolari, il campione è risultato composto da 102 malati oncologici, 106 cardiopatici (4) e 672 soggetti di controllo. Come strumenti sono stati utilizzati il questionario sperimentale (*IPSI-33*), per indagare principalmente il rapporto coi vissuti corporei, e la *TAS-20*, per la valutazione dell'alessitimia.

Innanzitutto è stata condotta un'analisi fattoriale esplorativa (5) sul questionario sperimentale, relativamente all'intero campione oggetto della ricerca, mentre per la *Tas-20* si è fatto riferimento alle indicazioni date dalla letteratura. Da tale analisi è emersa la presenza di due fattori statisticamente affidabili ($\alpha=0,816$ per il primo e $\alpha=0,627$ per il secondo), che sembravano corrispondere a due costrutti clinici differenti tra loro: ad essi è stato attribuito il nome di *Focalizzazione Somatica*, un'attenzione selettiva ai vissuti corporei finalizzata a cogliere eventuali segnali di malessere, e di *Intolleranza Emozionale*, ovvero un deficit nella capacità di accettare i vissuti emozionali e di interpretarli correttamente senza esserne sopraffatti.

Si sono proseguite le analisi, confrontando tra loro le medie dei punteggi ottenuti dai diversi gruppi di soggetti nei fattori indicati dall'analisi fattoriale; in questo frangente, si è utilizzato il metodo dell'analisi della varianza (ANOVA) (6). Dai grafici e dalle rispettive tabelle è stato possibile osservare che i pazienti oncologici dimostravano una *Focalizzazione sul Corpo* significativamente maggiore rispetto al gruppo di controllo (M.D. = 4,4608*); si è evidenziata, inoltre, in questi soggetti una scarsa capacità di identificare i sentimenti (primo fattore della *TAS*) ed un livello di alessitimia piuttosto elevato (44% v.s. 30%).

Anche nei malati cardiopatici si è potuta riscontrare una maggior *Focalizzazione sul Corpo* rispetto al gruppo di controllo, che, però, non è risultata statisticamente rilevante. Inoltre, è emersa dalle analisi una significativa difficoltà, propria di questi pazienti, ad identificare e descrivere i sentimenti, unita ad una forte tendenza al pensiero orientato all'esterno (come evidenziato dai tre fattori della *TAS*); tali soggetti presentavano, di conseguenza, un livello di alessitimia estremamente superiore rispetto al gruppo di controllo (61% v.s. 30%).



Dai risultati della ricerca si evince effettivamente la presenza di un maggior livello di Alessitimia sia nei pazienti oncologici che soprattutto in quelli cardiovascolari rispetto al gruppo di controllo; inoltre, si evidenzia l'importanza del nuovo costrutto, denominato *Focalizzazione Somatica*, che è risultato maggiore in tutto il campione clinico, ma significativamente solo nei malati oncologici.

La raccolta di questi dati ha permesso all'èquipe di ricerca di formulare due teorie, che potessero spiegare almeno parzialmente i risultati ottenuti. La prima ipotesi prende spunto da autori come Barsky (1990), Mac Dougall (1989) e Bucci (1997) ed interpreta tale iper-focalizzazione sui vissuti corporei come meccanismo difensivo, tipico del paziente Alessitimico, utile a spostare l'attenzione sul corpo per evitare di confrontarsi con stati affettivi intollerabili. La seconda ipotesi tenta di spiegare questo stato di estrema attenzione ai segnali del corpo, tipico soprattutto del paziente oncologico, come inevitabile esito dell'impatto con una grave malattia organica, caratterizzata da: eziologia incerta, prospettiva cronicizzante del sintomo e scarsa efficacia terapeutica.

Alla luce di tutto questo, è impensabile, però, che la *Focalizzazione Somatica*, ovvero la competenza nel porre attenzione e ascolto ai segnali corporei, risulti una caratteristica esclusiva del paziente organico; sembra invece più probabile che essa possa prendere forme diverse a seconda delle strutture psichiche a cui si accompagna, ovvero se ci si trovi o meno in presenza di Alessitimia.

☐ Un alto livello di focalizzazione sul corpo, unito ad una buona capacità di elaborare psichicamente i vissuti somatici (come dovrebbe accadere nel soggetto sano), permette di utilizzare il corpo “metacognitivamente” come fattore di regolazione interna ed esterna; si potrebbe parlare, in tal caso, di “*Intelligenza Somatica*”.

☐ Se la focalizzazione, invece, risulta priva della capacità di mettere in relazione i vissuti somatici con quelli affettivi, potrebbe dar luogo ad uno stato di disorientamento, che non rende possibile l’utilizzo del corpo come strumento cognitivo utile nell’apprendimento emotivo-relazionale; tale condizione si potrebbe definire “*Confusione Somato-Psichica*”.

Che cos’è, quindi, l’ “Intelligenza Somatica” e come può orientare il clinico nella costruzione di un iter terapeutico “ad hoc” per il paziente? Tale forma di intelligenza, parzialmente paragonabile a quella emotiva (Salovey *et al.*, 1993; Goleman, 1995) o musicale (Gardner, 1983) sembra svilupparsi a partire dalla focalizzazione sul corpo, tuttavia ne costituisce un’evoluzione: se ne differenzia notevolmente per le modalità in cui vengono interpretati e messi in relazione i vissuti somatici e quelli emozionali. Alcuni soggetti sarebbero in grado di costruire una “focalizzazione intelligente”, in seguito ad un processo di evoluzione personale, che può essere favorito da un percorso terapeutico. A questo proposito, lo step successivo della ricerca ha messo in luce un altro dato molto interessante, ovvero come la capacità di utilizzare i segnali provenienti dal corpo in senso adattivo sembri non appartenere più alla cultura contemporanea, ma essere in qualche modo incrementabile attraverso un training specifico. Un’ipotesi di tale training “psico-somatico” è stato sperimentato su un campione di 287 adolescenti, con risultati del tutto sorprendenti.

In tale prospettiva, sembra essere, quindi, molto importante per questi pazienti, imparare progressivamente a trasformare la Focalizzazione Somatica in “*Intelligenza Somatica*”, intendendo con essa la capacità di: porre attenzione ai segnali di mutamento ed alla variazione di equilibri interni al corpo, coglierne i *link* con altre parti del Sé, tradurre le informazioni relative al corpo in una componente relazionale

ed affettiva (Scognamiglio, 2009).



L'orizzonte di cura, con tali quadri sindromici potrebbe, quindi, indirizzarsi verso:

- l'aiutare il paziente a fare del corpo uno strumento cognitivo utile nell'apprendimento emotivo-relazionale, anziché solamente un luogo del sintomo, sostenendolo in un progressivo processo di *desomatizzazione* (Krystal, 1988);
- il costruire con il paziente una sensibilizzazione "intelligente" nei confronti del corpo anziché uno stato di iper-allerta somatica, cercando di rendere il corpo sempre più un *oggetto di mentalizzazione* (Fonagy *et al.*, 1997);
- l'utilizzare un *Setting Integrato* che includa il corpo, in modo da fare su di esso ciò che non è possibile fare verbalmente, aiutando il paziente a comporre una "narrativa del corpo" (Scognamiglio, 2008), da integrare progressivamente a quella emotiva e psichica.

Il fine principale di questo lavoro sarebbe quello di favorire il ripristino di quei preziosi *link* "mente-corpo" che in questi pazienti sembrano essere deficitari, in modo da facilitare progressivamente i processi di elaborazione cognitiva ed emotiva; la costruzione di una narrativa, infatti, come dimostra la ricerca empirica degli ultimi anni (Temoshok, 1997; Vingerhoets *et al.*, 1997; Pennebaker *et al.*, 1999), ha un profondo impatto sulla salute fisica e mentale.

Sembra, quindi, che gli orizzonti futuri della ricerca vadano verso la sperimentazione di un training "ad hoc", simile a quello effettuato con il campione

di adolescenti, anche su soggetti clinici, in modo da comprendere come poter effettivamente trasformare la “Focalizzazione Somatica” in “Intelligenza Somatica”. In tal senso, il questionario sperimentale dovrà necessariamente spingersi verso una valutazione differenziale di questi costrutti.

NOTE

1) La Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) è una scala di valutazione dell'alessitimia a 20 item, messa a punto da alcuni ricercatori canadesi (Bagby, Taylor & Parker, 1994; Taylor, Bagby & Parker, 1997; Parker, Taylor & Bagby, 2003;). Essa articola la definizione del costrutto alessitimico nelle seguenti dimensioni: difficoltà ad identificare i sentimenti, difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri, pensiero orientato all'esterno. La stabilità e la replicabilità di tale struttura a tre fattori è stata verificata su popolazioni sia cliniche che non cliniche, utilizzando l'analisi fattoriale confermativa (Parker et al., 1993; Bagby et al., 1994; Taylor, 1994; Loas et al., 2001). La TAS-20 ha mostrato una buona coerenza interna (α di Cronbach = 0.81) ed una buona affidabilità “test-retest” su un intervallo di tre settimane ($r = 0.77$). La validità convergente è stata verificata attraverso l'analisi delle correlazioni con diversi strumenti di valutazione della personalità, come ad esempio il NEO-Personality Inventory (NEO-PI; Costa & McCrae, 1985) e scale che misurano diversi aspetti dell'espressione delle emozioni e della loro gestione (Costa & McCrae, 1990; Taylor, 1994; Taylor, 1997). Esiste anche una versione italiana della scala, validata su un campione di soggetti clinici e di controllo; tale versione ha mostrato un'adeguata consistenza interna, attendibilità test-retest ed una struttura fattoriale a tre dimensioni congruente con la definizione operativa del costrutto (Bressi et al., 1996).

2) Il primo strumento era composto da 137 item appartenenti a differenti scale già utilizzate in letteratura: TAS-20 e SAR per la valutazione dell'alessitimia, SSAS e MSPQ per la valutazione della dispercezione corporea.

Esso è stato utilizzato per i primi 2 step della ricerca ed è stato testato su un campione di controllo composto da 270 soggetti e su un campione clinico composto da 170 soggetti con patologie varie (Disturbi Alimentari, Sclerosi Multipla, Disturbi di Somatizzazione, Disturbi d'Ansia, Depressione, Dipendenza da Alcool).

Nel terzo step lo strumento è stato revisionato e ridotto sensibilmente in modo da renderne più agevole la somministrazione (10 item sono stati ripresi dalla precedente scala e revisionati; 20 sono stati aggiunti come nuovi item sperimentali; 3 sono stati riadattati dai DCPR); si è giunti così ad ottenere un secondo strumento composto solamente da 33 item (IPSI-33), che però necessitava l'integrazione della Tas-20. Tali strumenti sono stati somministrati ad un campione di controllo di 672 soggetti e ad un campione clinico composto da: 192 soggetti con Disturbo del Comportamento Alimentare, 127 Tossicodipendenti, 102 pazienti Oncologici, 106 Cardiovascolari, pazienti con Sclerosi Multipla e Adolescenti.

3) Nella creazione del questionario sperimentale si è scelto di utilizzare una scala Likert a 5 punti perché era quella maggiormente utilizzata in letteratura e sembrava poter offrire un numero di sfumature sufficiente da utilizzare nella risposta all'item; permetteva, inoltre, la possibilità di un confronto statistico tra i differenti campioni, su base ordinale. Le alternative di risposta per ogni item erano, quindi, le seguenti: Mi descrive perfettamente, Mi descrive molto, Mi descrive abbastanza, Mi descrive poco, Non mi descrive per niente.

4) Tale campione di soggetti è stato raccolto in un periodo di tempo compreso tra Settembre 2008 e Aprile 2009, ed è in parte di tipo ambulatoriale, in parte di tipo ospedaliero. Le strutture dove sono stati raccolti i dati sono: un ambulatorio di medicina generale di Senago (MI), l'ospedale Sacco di Milano e il "Pio Albergo Trivulzio" di Milano. I pazienti risultano essere a diversi stadi di malattia e di trattamento; l'età media dei soggetti è abbastanza uniforme tra i due gruppi, in particolare di 62 anni per gli oncologici e di 66 anni per i cardiopatici, e anche il genere e il titolo di

studio risultano mediamente simili.

5) Si è cominciata l'analisi, analizzando le statistiche descrittive per verificare la sostanziale normalità della distribuzione dei dati presi in considerazione e per accertarsi di poter procedere con l'analisi fattoriale. Si è, quindi, deciso di procedere effettuando un'analisi fattoriale esplorativa. I fattori sono risultati essere 2; ciò è stato messo in evidenza dallo Scree-Plot e dalla percentuale di varianza spiegata (16% per il primo e 7% per il secondo, per un totale di varianza spiegata pari a circa il 23%). Si è proseguita l'analisi estraendo i due fattori emersi con metodo delle componenti principali e rotazione Oblimin. Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il programma statistico SPSS package version 13.0 per Windows (Mastrolilli et al., 2004; Barbaranelli, 2007).

6) Nello specifico, si è deciso di utilizzare la procedura del Modello Lineare Generalizzato (GLM) univariato. L'analisi della varianza, detta anche ANOVA, consente di verificare ipotesi relative a differenze tra le medie di due o più popolazioni valutando se la varianza tra gruppi è significativamente più elevata della varianza entro i gruppi, cioè quella causata da differenze individuali distribuite casualmente nella popolazione generale. Ci sono due variabili: la variabile dipendente è quella su cui vengono misurate le medie (in questo caso, i fattori "Focalizzazione Somatica" e "Intolleranza Emozionale"), mentre la variabile indipendente è quella che definisce i gruppi (per esempio, la diagnosi). Tramite l'analisi della varianza ad una via si è voluto innanzitutto verificare se il campione clinico e il campione di controllo si differenziassero per quanto riguarda i punteggi ottenuti nei due fattori del questionario sperimentale, emersi dall'analisi fattoriale esplorativa.

BIBLIOGRAFIA

Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*. 38:33-40.

Barsky A.J., Wyshak G., Klerman G.L. (1990), *Transient Hypochondriasis*, *Arc. Gen. Psychiatry*, vol. 47, pp. 746-52.

Bressi, C.G., Taylor, J., Parker, S. Bressi, V. Brambilla, E., Aguglia, I., Allegranti, A., Buongiorno, F., Giberti, M., Bucca, O., Todarello, C., Callegari, S., Vender, C., Gala, G., Invernizzi E. (1996), Cross validation of the factor structure of the 20-item TAS: an Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic research*, 41, 6, 551-559.

Bucci, W. (1997) Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry* ; 17(2), 151-172.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1985), *The NEO Personality Inventory manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Research.

Fonagy, P. & Target, M. (1997), Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 1, pp. 87-114.

Krystal, H. (1988), *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, and Alexithymia*, Analytic Press, Hillsdale, NJ.

MacLean, P.D. (1949), Psychosomatic disease and the "visceral brain", *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.

Marty P., De M'uzan M. (1963), Le pensée opératoire. Intervention sur le rapport de M. Fain et C. David: aspects fonctionnels de la vie onirique, *Rev. Française Psychanalyse*, XXVII, I, 4, 345-346.

Mc Dougall, J. (1989), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, Cortina, Milano, 1990.

Parker, J.D.A., Taylor, G.J. & Bagby, R.M. (1993), Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy Psychosomatic*, 59, 197-202.

Parker J.D.A., Taylor G.J. & Bagby R.M. (2003), The 20-item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275.

Pennebaker J.W., Seagal J.D. (1999), Forming a story: the health benefits of narrative. *J Clin Psychol*, 55: 1243-54

Ruesch J. (1948), "The infantile personality", *Psychosomatic Medicine*, I, 10, pp. 134-142

Scognamiglio R.M. (2008), *Il male in corpo. La prospettiva somatologica nella psicoterapia della sofferenza del corpo*, Milano, FrancoAngeli.

Scognamiglio R.M. (2009), Dalla focalizzazione sul corpo all'Intelligenza Somatica: la nascita di un nuovo costrutto nel quadro alessitimico, in M. Vigorelli (a cura di), *Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia*, Milano, Cortina.

Scognamiglio R.M., Fisher H., Vigorelli M., Flebus G., (2006), *Somatic vulnerability and alexithymia: A Research on clinical assessment and therapeutic perspectives*, 37th Annual Meeting International Society for Psychotherapy Research (SPR): From Research to Practice, University of Edinburgh, Book of Abstract, Ulmer Textbank, Ulm.

Scognamiglio R.M., Zoccarato A., Vigorelli M., Gallucci M., (2008), *Somatic Vulnerability and Distortion of the Body Self-Perception Quality: an investigation of particular aspects of the Alexithymic condition*, in Neurobiological and Sociocultural Contexts of Psychotherapy and Psychotherapy Research, 39th International Meeting, Society for Psychotherapy Research (SPR), Barcelona.

Scognamiglio R.M., Zoccarato A., Vigorelli M., Gallucci M., Zerbini C.A., Schiavolin S. (2009), *From Focalization to Somatic Intelligence: new horizons in the alexithymic construct*, XX World Congress on Psychosomatic Medicine (ICPM), Torino.

Sifneos P.E. (1973), *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*, *Psychotherapy Psychosomatic*, 1, 22 (2), pp. 255-62.

Solano L., Donati V., Pecci F., Persichetti S., Colaci A. (2003), *Post-operative course after papilloma resection: effects of written disclosure of the experience in subjects with different alexithymia levels*, *Psychosomatic Medicine*, 65.

Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997) *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, Cambridge University.

Temoshok L.R. (1997), *The complexity of cause: Linking emotional dynamics to health outcomes*, in Vingerhoets, Van Bussel, Boelhouwer (eds.), *The (non) expression of emotions in health and disease*, Tilburg: Tilburg University Press, p. 15-24.

Vingerhoets A., Van Bussel F., Boelhouwer J. (eds) (1997), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*, Tilburg University Press, Tilburg.