

# Caregivers in formazione e Alessitimia: Un'indagine empirica su un campione di studenti dell'Università di Palermo

Chiara HOFFMANN\*, Ivan FORMICA\*\*, Franco DI MARIA\*\*

\* Università di Lecce, \*\* Università di Palermo

**ABSTRACT** – *Caregivers in training and Alexitimia: Empirical investigation on a sample of students from the University of Palermo* - The term alexitimia refers, peculiarly, to a difficulty in identifying and describing their own emotions, to a difficulty in distinguishing between feelings and bodily sensations linked to the activation emotional, limited imaginative processes and to a concrete, practical, oriented to the outside rather than inside cognitive style. We believe that the importance of recognizing and appoint their own and others' emotions plays a role of primary importance, especially in those who play professions focusing on care and caring. The aim of the work lies in doing a confrontation, compared with levels of alexitimia between two categories of students that are formed to undertake professions closely with emotional experienced (doctors and psychologists) and also noted the fallout of the course the ability of students to contact, identify and appoint their own emotional world. The experimental group is composed of a population of 200 students enrolled in the Faculty of Medicine and Surgery and 200 students enrolled at Corsican degree in Psychology. 200 students of Economy and Commerce are in the control group. AS instrument has been used the Toronto Alexitimia Scale (TAS – 20), a questionnaire which allows both to identify the overall level of alexitimia, and a further division of construct in three factors (F1: difficulty identifying feelings, F2: difficulty to communicate feelings to others, F3: thinking oriented towards the outside ). Preliminary analysis of the experimental group showed that both groups have an average level of negative alexitimia ( $\mu = 45.5$  for Medicine;  $\mu = 41.5$  for Psychology). As regards the control group, however, it has revealed a statistically significant difference in subclass "externally oriented thought". **KEY WORDS:** Alexitimia, Students, Emotions, Caregiver.

**RIASSUNTO** – Con il termine alessitimia ci si riferisce, peculiarmente, ad una difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, ad una difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva, a processi immaginativi limitati e ad uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che internamente. Riteniamo che l'importanza di riconoscere e nominare le proprie ed altrui emozioni rivesta un ruolo di primaria importanza, soprattutto, in coloro i quali svolgono professioni incentrate sulla cura e sul prendersi cura. Obiettivo del lavoro risiede nell'operare un confronto, rispetto ai livelli di alessitimia, tra due categorie di studenti universitari che si formano per intraprendere professioni a stretto contatto con i vissuti emotivi (psicologi e medici) ed, altresì, osservare le ricadute del percorso formativo nella capacità degli studenti di contattare, nominare ed identificare il proprio mondo emozionale. Il gruppo sperimentale è composto da una popolazione di 200 studenti universitari iscritti alla facoltà di Medicina e Chirurgia e 200 studenti universitari iscritti al corso di laurea in Psicologia. 200 studenti universitari di Economia e Commercio hanno costituito il gruppo di controllo. Come strumento è stato adoperato la Toronto Alexitimia Scale (TAS-20), un questionario che permette sia di individuare il livello globale di alessitimia, sia un'ulteriore suddivisione del costrutto in tre fattori (F1: difficoltà di identificare i sentimenti, F2: difficoltà di comunicare i sentimenti agli altri, F3: pensiero orientato verso l'esterno). Da un'analisi preliminare del gruppo sperimentale è emerso che entrambe le popolazioni presentano in media un livello di alessitimia negativa ( $\mu = 45,5$  per Medicina;  $\mu = 41,5$  per Psicologia). Per ciò che concerne il gruppo di controllo, invece, è emersa una differenza statisticamente significativa nella sottoscala "pensiero orientato all'esterno". **PAROLE CHIAVE:** Alessitimia, Studenti, Emozioni, Prendersi cura.

## Introduzione

*"Date parole al dolore: il dolore che non parla bisbiglia al cuore sovraccarico e gli ordina di spezzarsi"*  
Shakespeare, *Macbeth*, atto IV, scena II.

La possibilità di dar voce al proprio mondo emotivo rappresenta una *condicio sine qua non* per riuscire a riconoscere, dialogare e pensare i propri vissuti e consentire la possibilità di intrattenere relazioni interpersonali.

L'incapacità di "dare parole al dolore" rappresenta, un'incalcolabile disagio e sofferenza per ciascun individuo. Ormai da molto tempo la psicologia ci ha mostrato come un difetto di espressione emotiva può rappresentare la base di disturbi somatici.

Il neurobiologo MacLean, nel 1949, ipotizzò che nei pazienti psicosomatici le emozioni non riuscissero a giungere dai centri nervosi inferiori alla corteccia causando un'incapacità nella verbalizzazione di questi.

Negli stessi anni, in ambito psicologico, Ruesch (1948) coniò il termine di "*personalità infantile*" per indicare un soggetto che ha difficoltà a cogliere il punto di vista dell'altro, che esprime le proprie emozioni attraverso il linguaggio non verbale e che, dunque, utilizza simboli verbali che non sono connessi al proprio mondo emotivo. Secondo l'Autore questi soggetti sono soliti presentare aspirazioni elevate ed irrealistiche distanti da un contatto con il mondo esterno e si caratterizzano per un atteggiamento di tipo simbiotico con la propria madre.

La descrizione di tale personalità anticipa notevolmente il concetto di alessitimia, e di altri disturbi della regolazione affettiva.

Marty, de M'Uzan e David (1963), in seguito allo studio di diversi casi clinici, individuarono una dimensione mentale, che chiamarono *pensée opératoire*, per indicare pazienti con disturbi psicosomatici che presentavano una povertà di dialogo, una scarsa capacità immaginativa ed una propensione a discorsi banali orientati ad aspetti pratici. Le intuizioni cliniche di tali studiosi, benché di notevole interesse, non ebbero però un grande seguito in quanto essi leggevano il problema attraverso le lenti della teoria pulsionale, che nel corso degli anni ha perso un po' della sua valenza alla luce del proliferare di teorizzazioni che tengono sempre più conto della relazione. Gli Autori, infatti, ritenevano che in tali pazienti vi fosse un'incapacità a gestire un'energia pulsionale che, non essendo elaborata, disturbava l'organizzazione funzionale somatica.

In realtà gli studi successivi che, come vedremo, diedero vita al costrutto di alessitimia, hanno raccolto molti dati confrontabili e compatibili con i dati elaborati da questi studiosi.

Ulteriori studi focalizzarono il loro interesse sull'eziologia neurofisiologica del disturbo proposta da MacLean (1949). Nemiah (1975, 1977), ad esempio, ha inizialmente approfondito questa posizione sostenendo che l'alessitimia è provocata da un difetto neurofisiologico che influenza la modulazione da parte del corpo striato dell'*input* proveniente dal sistema limbico e diretto al neocortex.

Inoltre gli studi sulla specializzazione emisferica, compreso il modo in cui il cervello integra il linguaggio affettivo e propositivo, hanno avanzato l'ipotesi che l'alessitimia sia dovuta ad una disfunzione dell'emisfero destro o ad una carenza nella comunicazione interemisferica. Tale ipotesi sembra avvalorata dall'osservazione di Hoppe (1977; Hoppe e Bogen, 1977) della comparsa di caratteristiche alessitimiche in pazienti con "cervello scisso", i quali riferiscono scarsità di sogni e fantasie e mostrano un deterioramento della funzione simbolica. Inoltre, come hanno dimostrato Weintraub e Mesulam (1983), un danno precoce all'emisfero destro può interferire seriamente con l'acquisizione di capacità per le quali quell'emisfero è ritenuto specializzato. Essi sostengono infatti che "*come l'emisfero sinistro controlla lo sviluppo della competenza linguistica, così l'integrità dell'emisfero destro potrebbe essere essenziale all'emergere di capacità interpersonali e di quella che Hymes (1971) ha definito competenza comunicativa*".

Pertanto una carente funzionalità dell'emisfero destro potrebbe spiegare non solo la difficoltà dei pazienti alessitimici a riconoscere e descrivere le loro emozioni, ma anche la loro minore capacità empatica.

Nel 1970, John Nemiah, in collaborazione con Peter Sifneos, iniziò ad incentrare le sue ricerche su pazienti che presentavano le classiche malattie psicosomatiche. Indipendentemente dagli studi francesi sul *pensée opératoire*, i due ricercatori arrivarono alle stesse conclusioni, individuando nei pazienti psicosomatici un'evidente difficoltà a descrivere i propri sentimenti, accompagnata da una povera attività fantasmatica.

Sifneos (1973) coniò per tali pazienti il termine alessitimia (dal greco *a* = mancanza, *léxis* = parola, *thimos* = emozione) riferendosi, peculiarmente, ad una difficoltà nell'identificare e descrivere le proprie emozioni, ad una difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva, a processi immaginativi limitati, e ad uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che introspettivo. Il dialogo di tali pazienti veniva descritto come privo di intensità emotiva, con una totale mancanza di riferimenti a vissuti interiori, desideri, paure e sentimenti, caratteristiche, dunque, molto simili a quelle descritte dagli studiosi francesi.

Noia e vuoto sono i sentimenti elicitati in chi ascoltava tali pazienti, che, incapaci di esprimere a parole i propri vissuti, tendevano ad agirli e, se travolti da rabbia, tristezza nervosismo o qualsiasi altra

reazione emotiva, non erano in grado di dare senso a tali stati. L'attività onirica di questi era molto scarsa con sogni privi di grande contenuto simbolico; rigidi nei movimenti e nelle espressioni del volto. Complessivamente tali soggetti presentavano un adattamento sociale, una famiglia, un lavoro, qualche amico ma si trattava di relazioni assolutamente superficiali o di forte dipendenza fondate da una facciata di "normalità". I soggetti alessitimici, data la loro carente capacità di regolazione delle emozioni e degli stati fisiologici, di fronte a situazioni stressanti invece che avvertire il proprio disagio sul piano psicologico tendevano a ricorrere a comportamenti inadeguati oppure accusavano disturbi fisici dovuti all'instabilità del sistema nervoso autonomo, sviluppando patologie organiche.

Le diverse ricerche, effettuate a partire da tale definizione del costrutto, sono state molteplici.

Leff (1973), ad esempio, ha trovato che nei paesi sviluppati, le persone mostrano una maggiore differenziazione degli stati emotivi, rispetto a coloro che vivono in paesi in via di sviluppo e che alcune lingue impongono limitazioni all'espressione delle emozioni.

Secondo McDougall (1982) l'alessitimia è una difesa straordinariamente forte contro il dolore psichico, mentre Krystal (1979, 1982-83), invece di concettualizzare l'alessitimia come una difesa, la attribuisce ad un arresto dello sviluppo affettivo a seguito di un trauma infantile, o ad una regressione nella funzione affettivo-cognitiva avvenuta dopo un trauma catastrofico nella vita adulta.

Negli ultimi anni, le ricerche e gli studi, hanno fornito un ulteriore approfondimento arricchendo in misura esponenziale le conoscenze e i saperi in merito all'alessitimia. Questa non viene oggi considerata come un fenomeno del tipo "tutto o nulla", come se si trattasse di un'assoluta incapacità a percepire ed esprimere il proprio mondo emotivo. Le ricerche più recenti (Taylor *et al.*, 1997; 2000) si sono concentrate sulla presenza di "aree mentali" alessitimiche, relative cioè a contenuti specifici in relazione a contesti, situazioni nonché ad emozioni peculiari. Ciò su cui oggi si è molto riflettuto, e che spiega il grande interesse che tale disturbo suscita in diversi ambienti scientifici, è che, come ricordano Taylor, Bagby e Parker "*l'alessitimia è un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interrompe o interferisce seriamente con i processi di auto-organizzazione e riorganizzazione dell'organismo*" (Taylor, Bagby & Parker, 1997) e di conseguenza modalità di funzionamento alessitimico si riscontrano trasversalmente in quasi tutti i quadri psicopatologici.

Sulla base di successive osservazioni cliniche il costrutto di alessitimia ha suscitato un grande interesse da parte di molti studiosi che hanno ulteriormente affrontato il suo studio.

Sulla genesi dell'alessitimia, Schaffer (1993) ha ipotizzato che la richiesta compulsiva di cure è legata a storie infantili in cui i soggetti alessitimici hanno fatto esperienze di attaccamento insicuro con il proprio *caregiver*.

Diverse teorie hanno, infatti, messo in luce l'importanza di un ambiente sicuro per un sano sviluppo emotivo e cognitivo.

Fonagy (2001), ha sostenuto che la capacità a mentalizzare (strettamente correlata alla regolazione degli stati affettivi) può svilupparsi solo a patto che il bambino cresca all'interno di una relazione sicura con un *caregiver* in grado di riflettere, contenere e nominare i bisogni emotivi del bambino.

Quando il *caregiver* è incapace di *rêverie*, il bambino non viene favorito in quella crescita mentale che gli consente di acquisire la capacità di sviluppare la rappresentazione mentale di un affetto.

La capacità di relazionarsi e dunque riuscire a comunicare con il proprio ed altrui mondo emotivo, risulta essere una caratteristica peculiare delle "professioni d'aiuto".

Sono definite "professioni d'aiuto" quei "lavori" che comportano un forte coinvolgimento emotivo dell'operatore, che si trova ad interagire con soggetti che vivono gravi situazioni di disagio e di sofferenza sia fisica che psichica, forme di emarginazione e di devianza. Proprio tali caratteristiche rendono "inevitabile" una particolare predisposizione ad entrare in contatto con le emozioni da parte di coloro i quali decidono di imboccare tali professioni. Pfeiffer *et al.* (2004) individuano delle caratteristiche valoriali ben precise in studenti universitari che hanno deciso di intraprendere percorsi formativi per "professionisti d'aiuto". Secondo lo studio condotto da tali autori, tali studenti sono caratterizzati da una grande flessibilità, sensibilità e creatività caratteristiche che ben si sposano con tutti quei lavori che richiedono il costante contatto con la sofferenza. Tali professionisti dovrebbero dunque essere in grado di familiarizzare con le emozioni per riuscire a lavorare con queste e non dovrebbero dunque presentare difficoltà nel campo dell'alfabetizzazione emotiva.

### Ipotesi

L'ipotesi di partenza, che ha guidato la nostra ricerca, parte dall'assunto che coloro i quali decidono di intraprendere percorsi universitari finalizzati a formare futuri professionisti delle relazioni d'aiuto

(psicologi e medici) abbiano una maggiore predisposizione (rispetto ad altre categorie professionali) a familiarizzare e, dunque, riconoscere il proprio ed altrui mondo emotivo.

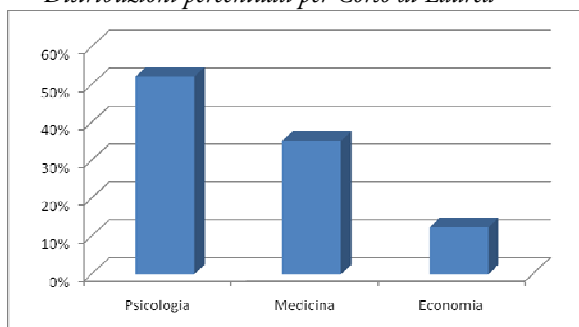
Riteniamo inoltre che il corso di studi intrapreso possa incrementare questa predisposizione.

## Metodologia

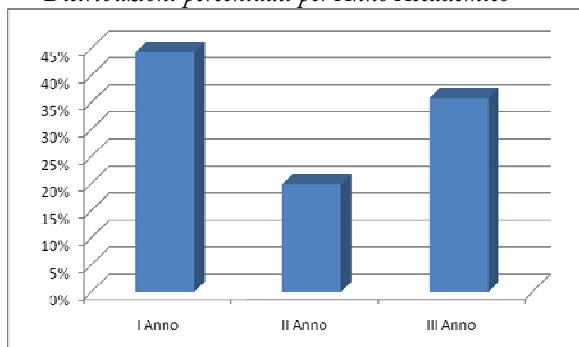
### SOGGETTI

Il gruppo di soggetti è costituito da 542 studenti iscritti all'Università degli Studi di Palermo. Gli studenti sono nel 76,2% (N = 413) dei casi femmine e nel 23,8% (N = 129) maschi. Il 52,2% è iscritto in Psicologia, il 35,2% è iscritto in Medicina e Chirurgia ed il restante 12,5% è iscritto in Economia e Commercio. Il 44,3% è iscritto al primo anno, il 19,9% al terzo anno e per concludere il restante 35,8% è iscritto al quinto anno di università.

*Distribuzioni percentuali per Corso di Laurea*



*Distribuzioni percentuali per Anno Accademico*



### STRUMENTI

Ai fini della nostra ricerca abbiamo adoperato la *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), la cui traduzione e validazione italiana è stata curata da C. Bressi et al. (1996), è un questionario di autovalutazione composto da 20 item e basato su una scala Likert a 5 punti. Nella valutazione dei dati, oltre alla somma totale dei punteggi di ogni item, è possibile calcolare

i punteggi che si richiamano agli item delle tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: *difficoltà nell'identificare i sentimenti* (F1), *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri* (F2), *pensiero orientato all'esterno* (pensiero operatorio) (F3). La stabilità e la replicabilità di questa struttura a tre fattori sono state dimostrate su popolazioni cliniche e non cliniche utilizzando un'analisi fattoriale confermativa (Bagby et al., 1994; Parker et al., 1993).

L'attuale versione della TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna (*alfa* di Cronbach = 0.81), una buona affidabilità test-retest su un intervallo di 3 mesi ( $r = 0.77$ ) e una struttura a 3 fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto di alessitimia.

Nonostante la buona coerenza interna e l'omogeneità della scala, si è osservato che il terzo fattore della TAS-20 (*pensiero orientato all'esterno*) presenta correlazioni molto basse con la scala totale e con gli altri due fattori (*difficoltà nell'identificare i sentimenti* e *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri*). Bagby (1994) e Parker (1993) hanno confermato quanto già noto sulle buone caratteristiche della TAS-20 e hanno evidenziato un possibile fattore di minore efficienza della scala nel terzo fattore, probabilmente a causa nell'inversione dei punteggi dati alle risposte.

### Procedure e risultati

Per verificare le ipotesi avanzate, abbiamo deciso di confrontare il gruppo sperimentale (costituito da studenti iscritti in Psicologia e in Medicina e Chirurgia) con un gruppo di controllo (composto da studenti di Economia e Commercio), che ha scelto una professione che, per definizione, non ha significativi rapporti con il mondo emotivo.

Il questionario è stato somministrato durante lo svolgimento delle lezioni del secondo semestre dell'anno accademico 2006/2007.

Abbiamo chiesto agli studenti di collaborare ad una ricerca avente lo scopo di verificare il tipo di rapporto con il proprio campo emotivo. Abbiamo sottolineato che non ci sono risposte giuste o sbagliate e che sarebbe stato garantito l'anonimato.

Successivamente sono stati calcolati sia i punteggi dei livelli totali di alessitimia per ciascun gruppo esaminato, sia i punteggi relativi ai tre fattori che saturano il costrutto. Inoltre è stata possibile effettuare un'analisi della varianza per il gruppo di studenti iscritti in Psicologia e per il gruppo iscritto in Medicina e Chirurgia al fine di considerare l'influenza rivestita dall'anno di corso frequentato sui livelli di alessitimia.

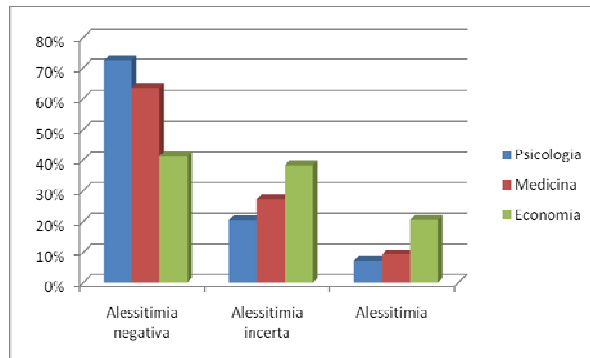
PUNTEGGI TOTALI “TAS-20”

Gli studenti iscritti in Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 43,52 (ds = 10,61). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa (da 20 a 49) corrispondono al 72,4% dei casi. Il 20,5% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto il 7,1% dei soggetti iscritti a Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella scala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 45,56 (ds = 10,61). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa corrispondono al 63,4% dei casi. Il 27,2% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto il 9,4% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella scala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 51,69 (ds = 9,7). I punteggi che indicano un livello di alessitimia negativa corrispondono al 41,2% dei casi. Il 38,2% del punteggio corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Il 20,6% dei soggetti iscritti in Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella scala.

Dal confronto delle frequenze tra facoltà nella scala totale è facilmente deducibile che gli iscritti in Economia e Commercio tendono ad ottenere punteggi più elevati ( $\chi^2 = 24,614$ ;  $p < .000$ ) rispetto ai punteggi ottenuti dagli studenti delle altre due Facoltà, soprattutto per i livelli di Alessitimia Incerta.

Tali dati ci permettono di confermare l'ipotesi iniziale per cui i soggetti che decidono di intraprendere professioni d'aiuto, iscrivendosi in Psicologia e Medicina e Chirurgia, presentano una maggiore sensibilità nei confronti della capacità/possibilità di entrare in contatto con le proprie ed altrui emozioni, tale dato sembra essere maggiormente confermato dalla presenza del gruppo di controllo. I soggetti iscritti in Economia e Commercio infatti presentano punteggi più elevati alla scale di alessitimia totale.

*Frequenze percentuali dei punteggi della TAS – 20 per Corso di Laurea*

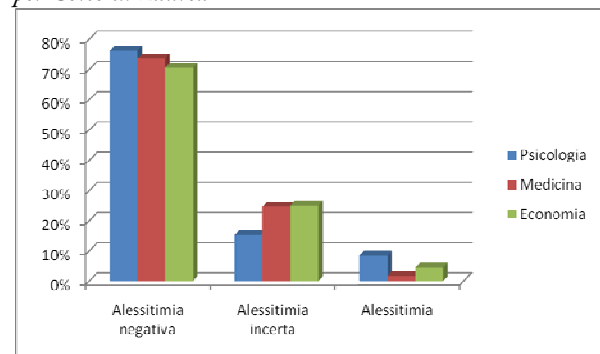


PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA “DIFFICOLTÀ NELL’IDENTIFICARE I SENTIMENTI”

Gli studenti iscritti al corso di laurea in Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 15,86 (ds = 5,48). In questa scala sono stati considerati livelli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) che corrispondono al 76,3% dei casi. Il 15,2% del punteggio che ricade entro il III quartile che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto l’8,5% dei soggetti iscritti in Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 15,39 (ds = 5,69). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) corrispondono al 73,8% dei casi. Il 24,6% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Appena l’1,6% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 17,22 (ds = 5,75). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 20) corrispondono al 70,6% dei casi. Il 25% dei casi ricade entro il III quartile, che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo il 4,4% dei soggetti iscritti al corso di laurea in Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

Dal confronto delle frequenze tra Facoltà ottenuti nella scala “difficoltà nell’identificare i sentimenti” non risultano differenze significative ( $X^2 = 2,869$ ;  $p = .580$ ).

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F1 per Corso di Laurea*



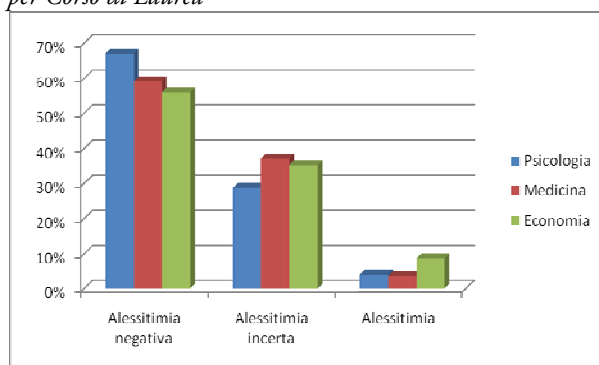
PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA “DIFFICOLTÀ NEL COMUNICARE I SENTIMENTI AGLI ALTRI”

Gli studenti iscritti al corso di laurea di Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 12,52 = (ds = 4,49). In questa scala sono stati considerati li-

velli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) che corrispondono al 67,1% dei casi. Il 28,7% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Soltanto l'4,2% dei soggetti iscritti in Psicologia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 12,97 (ds = 4,50). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) corrispondono al 59,2% dei casi. Il 37,1% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Appena l'3,7% dei soggetti iscritti in Medicina e Chirurgia ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 14,47 (ds = 3,67). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 15) corrispondono al 55,9% dei casi. Il 35,3% dei casi ricade entro il III quartile che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo il 8,8% dei soggetti iscritti alla facoltà di Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

Dal confronto delle frequenze tra Facoltà ottenuti nella scala "difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri" non risultano differenze significative ( $\chi^2 = 6,184; p = .186$ ).

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F2 per Corso di Laurea*



#### PUNTEGGI DELLA SOTTOSCALA "PENSIERO ORIENTATO ALL'ESTERNO"

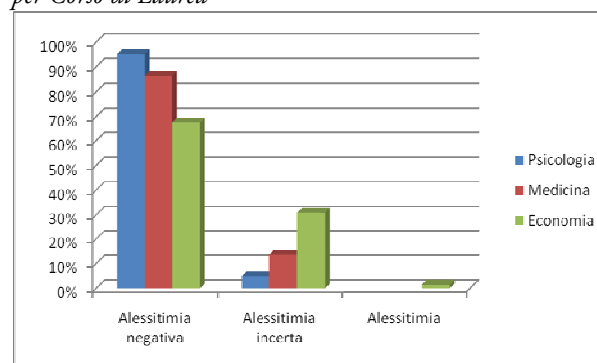
Gli studenti iscritti al corso di laurea di Psicologia ottengono un punteggio medio pari a 15,14 (ds = 4,03). In questa scala sono stati considerati livelli bassi tutti i punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 22,5) che corrispondono al 95,1% dei casi. Il 4,9% del punteggio che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Nessuno presenta punteggi alessitimici. Gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia ottengono un punteggio medio pari a 17,22 (ds = 4,67). I punteggi che ricado-

no nel I e II quartile (da 5 a 22,5) corrispondono al 86,4% dei casi. Il 13,6% del punteggi che ricade entro il III quartile corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Nessuno presenta punteggi di alessitimia. Gli studenti iscritti in Economia e Commercio ottengono un punteggio medio pari a 19,99 (ds = 5,49). I punteggi che ricadono nel I e II quartile (da 5 a 22,5) corrispondono al 67,6% dei casi. Il 30,9% dei casi ricade entro l'area il III quartile che corrisponde a livelli di alessitimia incerta. Solo l'1,5 dei soggetti iscritti ad un corso di laurea di Economia e Commercio ha ottenuto alti punteggi nella sottoscala.

Dal confronto delle frequenze tra facoltà nella scala "pensiero orientato all'esterno" è facilmente deducibile che gli iscritti in Economia e Commercio ottengono punteggi più elevati ( $\chi^2 = 45,955; p < .000$ ) rispetto ai punteggi ottenuti dagli studenti delle altre due Facoltà, soprattutto per i livelli di Alessitimia Incerta.

Dall'analisi dei tre fattori si deduce che non vi sono differenze significative, nei tre gruppi, per quanto riguarda le sottoscale "difficoltà nell'identificare i sentimenti" e "difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri", mentre emerge una differenza significativa nella sottoscala "pensiero orientato all'esterno" tra gli iscritti in Economia e Commercio e gli studenti iscritti in Psicologia e Medicina e Chirurgia.

*Frequenze percentuali dei punteggi della sottoscala F3 per Corso di Laurea*



Tale dato, andando a confermare ulteriormente le nostre ipotesi, ci dà la possibilità di approfondire la differenza tra il gruppo sperimentale e il gruppo di controllo. Infatti, quest'ultimo, pur riuscendo ad identificare e comunicare i propri ed altrui sentimenti, presenta un pensiero maggiormente rivolto all'esterno a testimoniare che il percorso formativo (in Economia e Commercio) ha una significativa incidenza sulla difficoltà di questi di entrare in contatto con il proprio mondo interno.

## ANALISI DELLA VARIANZA

L'Analisi della varianza tra i livelli di alessitimia e l'avanzamento nel corso di studi, indica un effetto di riduzione dei punteggi medi di Alessitimia totale [ $F_{(282,2)} = 29,230$ ;  $p < .000$ ] negli studenti iscritti in Psicologia. I risultati sembrano significativi anche per le tre sottoscale: *difficoltà nell'identificare i sentimenti* [ $F_{(282,2)} = 13,295$ ;  $p < .000$ ]; *difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri* [ $F_{(282,2)} = 18,287$ ;  $p < .000$ ]; *pensiero orientato all'esterno* [ $F_{(282,2)} = 16,000$ ;  $p < .000$ ].

Questo effetto non risulta significativo per gli studenti iscritti in Medicina e Chirurgia. È inoltre interessante osservare che, anche se le differenze non sono statisticamente significative, i punteggi della scala totale, di *“difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri”* e di *“pensiero orientato all'esterno”* aumentano dal I al V anno nella Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Facoltà	Scale	F	Sig.
Psicologia	Totale TAS-20	29,230	,000
	Identificazione TAS-20	13,295	,000
	Descrizione TAS-20	18,287	,000
	Orientamento verso l'esterno TAS-20	16,000	,000
Medicina	Totale TAS-20	,301	,584
	Identificazione TAS-20	,005	,945
	Descrizione TAS-20	,334	,564
	Orientamento verso l'esterno TAS-20	,597	,441

## Conclusioni

L'alessitimia può essere letta come un disturbo che ricade all'interno dell' "analfabetismo emotivo". La nostra società tende a sminuire il ruolo delle emozioni; parliamo moltissimo ma senza in realtà dirci nulla di veramente importante. Sono molte le persone, indipendentemente dal livello culturale, che mancano di competenza emotiva. Non sono in grado di sentire quello che provano e di riconoscere negli altri gli stessi sentimenti. L'analfabetismo emotivo è purtroppo molto diffuso ed è proprio per questo che diventa importante esercitarsi ad esprimere e riconoscere le proprie emozioni.

I risultati ottenuti ci permettono di asserire che la formazione che ricevono gli studenti iscritti in Psicologia, così come ipotizzato, incrementa in que-

sti una buona capacità di confrontarsi con le emozioni e di avere un rapporto empatico con l'altro, caratteristiche fondanti la professione di Psicologo; dunque i soggetti che decidono di iscriversi in tale corso di laurea sembrano variare significativamente le loro modalità di confrontarsi con il loro mondo emotivo e con quello degli altri.

Invece, i soggetti che si iscrivono alla facoltà di Medicina e Chirurgia, diversamente da quanto ipotizzato, presentano un aumento dei livelli di alessitimia durante il percorso di studi. Tale dato ci permette di ipotizzare che nel corso della formazione i futuri medici vengano implicitamente allontanati dalla possibilità di leggere e rapportarsi con le proprie ed altrui emozioni, come se la progressiva specializzazione nei confronti della patologia organica portasse gli studenti a distaccarsi dalla soggettività dei propri pazienti. La possibilità di relazionarsi con le proprie emozioni nella pratica medica può risultare "scomoda" allo svolgimento di una professione spesso a contatto con la sofferenza individuale. È come se la laurea in Medicina e Chirurgia conducesse gli studenti, inizialmente iscritti con l'ideale di aiutare l'altro nella sua sofferenza, ad una pratica emotivamente sterile, che induce alla cura e non al prendersi cura dell'Altro.

Le professioni d'aiuto non possono esimersi dal doversi confrontare con il mondo emotivo. Nel nostro lavoro è infatti emerso che i futuri psicologi presentano una maggiore sensibilità al riconoscimento e alla comunicazione delle emozioni, aspetto che viene maggiormente supportato dal percorso formativo. I futuri medici, pur presentando una buona "confidenza" con la sfera emotiva, mostrano un significativo distacco da questa con la conclusione del percorso formativo. Tale dato deve indurci a riflettere sull'importanza di un' "educazione emotiva" nei confronti di chi si avvicina ad una professione che dovrebbe tenere sempre in considerazione l'importanza di una relazione empatica con l'altro, nel caso specifico con il paziente.

Dal nostro punto di vista, risulta fondamentale, in ottica preventiva, un lavoro di alfabetizzazione emotiva rivolto a studenti e professionisti delle relazioni d'aiuto,

che consenta di riconoscere e contattare le proprie emozioni e i propri affetti, di guardarli, di nominarli. Perché quando un'emozione diviene familiare non è più straniera. E se non è più straniera può anche fare meno paura.

## Bibliografia

Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. (1994), The

- Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 38, pp. 23-32.
- Bressi, C., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bressi, S., Brambilla, V., Aguglia, E., Allegranti, S., Buongiorno, A., Giberti, F., Bucca, M., Todarello, O., Callegari, C., Vender, S., Gala, C., Invernizzi, G. (1996), Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study, *Journal of Psychosomatic Research*, 41, pp. 551-559.
- Fonagy, P. (2001), *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina, Milano.
- Hymes D. (1971), *On Communicative Competence*, in Brumit C., Johnson, K. (Eds) (1979).
- Hoppe, K. D. (1977), Split brains and psychoanalysis, *Psychoanalysis Quart.*, 46, pp. 220-244.
- Hoppe, K. D., Bogen, J. E. (1977), Alexithymia in twelve commissurotomy patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, pp. 148-155.
- Krystal, H. (1979), Alexithymia and psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 33, pp. 17-31.
- Krystal, H. (1982-83), Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic psychotherapy, *International Journal of Psychoanalytic and Psychotherapy*, 9, pp. 353-378.
- Leff, J. (1973), Cultura and the differentiation of emotional states, *British Journal of Psychiatry*, 123, pp. 299-306.
- MacLean, P. D., (1949), Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion, *Psychosomatic Medicine*, 11, pp. 338-353.
- Marty, P., De M'Uzan, M., David, C. (1963), *L'indagine psicosomatica*, Tr. It. Boringhieri, Torino, 1971.
- McDougall, J. (1982), Alexithymia: psychosomatosis, and psychosis, *International Journal of Psychoanalytic and Psychotherapy*, 9, pp. 379-388.
- Nemiah, J. C., (1975), Denial revisited: Reflections on psychosomatic theory, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, pp. 140-147.
- Nemiah, J. C., (1977), Alexithymia: Theoretical consideration, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, pp. 199-206.
- Parker J. D. A., Bagby R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., Schmitz, P. (1993), Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale, *European Journal of Personality*, 7, pp. 221-232.
- Pfeiffer, D., Sam, A. A., Guinam, M., Ratliffe, K. T., Robinson, N. B., Stodden, N. J. (2004), Ethic and religious perspective on disability and the elpin professions, *The Social Science Journal*, 41, pp. 683-687.
- Ruesch, J. (1948), The infantile personality, *Psychosomatic Medicine*, 10, pp. 134-144.
- Schaffer, C. E., (1993), *The role of adult attachment in the experience and regulation of affect*, Doctorial dissertation, Yale University.
- Sifneos, P. (1973), The prevalence of «alexithymic» characteristics in psychosomatic patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, pp. 255-262.
- 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, tr. It. *Disturbi della regolazione affettiva*, Fioriti, Roma, 2000.
- Taylor, G. J., (2000), Recent developments in alexithymia theory and research, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, pp. 290-297.
- Weitraub, S., Mesulam, M. (1983). Developmental learning disabilities of the right hemisphere: emotional, interpersonal, and cognitive components. *Archives of Neurology* 40, pp. 463-468.

Ricevuto : 30 luglio 2007

Revisione ricevuta : 14 dicembre 2007