

## Tratti alessitimici in pazienti affetti da neoplasia del colon-retto

---

di Chiara Guarino

Il costrutto dell'alessitimia nasce nei primi anni '70, quando Peter Sifneos e John Nemiah, due psicoanalisti che lavoravano a Boston, effettuarono uno studio su 20 soggetti affetti dalle cosiddette "malattie psicosomatiche classiche". Attraverso l'analisi delle trascrizioni letterali di colloqui con tali pazienti, essi riscontrarono in 16 pazienti su 20 difficoltà ad esprimere verbalmente le emozioni, scarsità di fantasie (Nemiah & Sifneos, 1970), e uno stile comunicativo incolore, caratterizzato da un'estrema attenzione per i più piccoli dettagli degli eventi esterni.

Per indicare tale insieme di caratteristiche cognitive e affettive Sifneos (1973) coniò la parola "a-lessi-timia", di derivazione greca, da *alfa*, assenza, *lexis*, linguaggio, *thymos*, emozione. Letteralmente, assenza di parole per le emozioni, o emozione senza parole.

Le innumerevoli ricerche condotte dopo l'iniziale enunciazione del costrutto hanno permesso di tracciare in modo più specifico le caratteristiche dei soggetti alessitimici. Attualmente, c'è accordo nel riconosce come centrali le seguenti (Taylor et al., 1990):

- difficoltà a discriminare un'emozione dall'altra, e gli stati somatici (sensazioni) dalle emozioni. Essi esprimono le proprie emozioni preminentemente attraverso la componente fisiologica, poiché incapaci di elaborarne l'aspetto soggettivo. I soggetti alessitimici sembrano mostrare un'attenzione selettiva e un'amplificazione delle componenti somatiche delle emozioni, e una predisposizione all'agire motorio per scaricare la tensione interna che provano. Questo spiegherebbe perché tendono a sviluppare disturbi di somatizzazione, comportamenti compulsivi, anoressia nervosa, ipocondria, abuso di sostanze (Porcelli, 2005);

- un vocabolario emotivo limitato, che comporta una notevole difficoltà a comunicare verbalmente le emozioni. Ad un'indagine approfondita, i soggetti alessitimici sembrano non avere affatto consapevolezza dei propri stati emotivi;

- presenza di processi immaginativi coartati, con attività fantasmatica deficitaria o assente. Il colloquio con i soggetti alessitimici è pertanto noioso,

frammentario, rigidamente circoscritto a esami medici, sintomi o eventi accaduti. La scarsità dell'immaginazione limita notevolmente la misura in cui essi sono in grado di modulare l'ansia e le altre emozioni attraverso la fantasia, l'interesse o il gioco (Krystal, 1988; Mayes & Cohen, 1992).

- uno stile cognitivo legato allo stimolo, e orientato all'esterno (Taylor, Bagby & Parker, 1997; Parker, Taylor & Bagby, 2003). Essi sono selettivamente concentrati su tutto ciò che è esterno alla vita psichica. Sul piano cognitivo questo si manifesta attraverso ciò che Marty e M'Uzan (1963) definiscono *pensiero operatorio* (*pensée opératoire*), un pensiero razionale che parla di azioni ed esperienze completamente private della componente affettiva, come se la persona fosse semplicemente uno spettatore della propria vita (Todarello & Porcelli, 2002);

- conformismo sociale (Todarello & Porcelli, 2002; Porcelli, 2005). Essi mostrano una stretta aderenza alle regole, ed è come se la loro identità fosse definita solo dall'esterno.

I soggetti alessitimici mostrano uno stile comunicativo incolore, privo di intensità emotiva, e che manca di riferimenti a vissuti interiori, desideri, sentimenti e paure (Apfel & Sifneos, 1979).

La convinzione iniziale che le caratteristiche alessitimiche fossero una peculiarità esclusiva delle "malattie psicosomatiche classiche", le allora cosiddette Holy Seven (ulcera gastroduodenale, artrite reumatoide, patologie tiroidee, neurodermatite, rettocolite ulcerosa, ipertensione essenziale, e asma) è stata gradualmente superata. Questo per più di un motivo. In primo luogo, negli ultimi 30 anni è profondamente mutata la definizione di cosa sia una malattia psicosomatica (Fava & Sonnino, 2002), e attualmente c'è accordo nel ritenere che non esistano malattie psicosomatiche nel senso psico-genetico, ma fattori psicosociali che hanno diverso peso in diversi individui, indipendentemente dalla particolare patologia (Porcelli & Todarello, 2004). In secondo luogo, una grande quantità di ricerche ha dimostrato come l'alessitimia sia un concetto che in realtà riguarda in modo trasversale un po' tutta la patologia, sebbene essa non possa essere considerata una sindrome psicopatologica ben identificabile, ma una caratteristica di personalità non immediatamente correlata ad alcun specifico disturbo (Carretti & La Barbera, 2005). Inoltre, a livello epidemiologico studi molto recenti hanno mostrato una certa prevalenza dell'alessitimia anche nella popolazione generale (Loas et al., 1993; Joukamaa & Mattila, 2007),

dimostrando ancora di più come si tratti di un fenomeno ampio ed estremamente complesso.

La presenza di tratti Alessitimici viene oggi considerata uno dei fattori di rischio verso lo sviluppo di malattie. Studi recenti hanno dimostrato la presenza di queste caratteristiche, oltre che nelle malattie psicosomatiche classiche, anche in un gran numero di altre condizioni patologiche quali malattie cardiovascolari, gastrointestinali, respiratorie e dermatologiche, disturbi somatoformi, alcolismo, tossicomanie, disturbi post-traumatici da stress, sindromi dolorose psicogene, disordini alimentari, disturbi affettivi, perversioni sessuali, disturbi narcisistici di personalità e tendenza compulsiva verso le attività sportive (Trombini & Baldoni, 1999).

Ricerche importanti hanno mostrato l'esistenza di tratti Alessitimici anche in diverse tipologie di tumore, come quello della mammella, il melanoma, e i tumori cerebrali.

Negli ultimi anni è aumentato l'interesse, nell'ambito dell'Oncologia Medica, per gli aspetti psicologici e sociali del paziente affetto da cancro nel suo percorso di cura, e un importante numero di lavori di ricerca si sta muovendo proprio in questa direzione. Molti proprio con l'intento di evidenziare correlazioni tra cancro e tratti Alessitimici.

Per contro, recenti ricerche hanno messo in luce una grave carenza di dati scientifici in letteratura rispetto alla relazione tra l'Alessitimia e la neoplasia del colon-retto, uno dei tumori maggiormente diffusi nel mondo, e considerato un *grande killer*, insieme al tumore ai polmoni, alla prostata, e al seno.

Negli anni Novanta la neoplasia al colon-retto ha contato circa 783.000 nuovi casi all'anno, con 437.000 decessi all'anno in tutto il mondo, ponendosi come quarta causa di tumore. Nei paesi industrializzati l'incidenza di questa neoplasia è 4 volte superiore rispetto ai paesi in via di sviluppo. In Europa, ogni anno vengono registrati circa 250.000 nuovi casi, per un complessivo 9% di tutte le neoplasie. Cioè, risulta essere in assoluto la seconda causa di tumore, anche se le ricerche hanno registrato un'inversione di tendenza a partire dagli anni '50, quando ha cominciato ad aumentare l'incidenza nei paesi a basso rischio, e parallelamente si è stabilizzata in quelli ad alto rischio. Il maggior incremento dell'incidenza si registra in Asia e nei paesi dell'Est Europa. Nell'Europa dell'Ovest e nell'Oceania l'incidenza sembra rimanere costante, mentre negli Stati Uniti si è assistito ad un declino nell'incidenza in entrambi i sessi. In Italia, in particolare, il tasso stimato di incidenza annuale è aumentato per gli uomini

nel periodo compreso tra il 1970 e il 2010, mentre si è stabilizzato per le donne a partire dalla fine degli anni '90.

Molti passi in avanti sono stati compiuti per quanto riguarda il trattamento di tale frequente patologia, e le nuove terapie sperimentate sembrano rivelarsi efficaci. E' migliorato il trattamento chemioterapico, ed anche quello chirurgico, con sempre migliori esiti complessivi degli interventi. Maggiore attenzione si sta fornendo anche alla gestione dei pazienti affetti da neoplasia al colon-retto non solo nel campo della ricerca, ma anche nella pratica clinica di tutti i giorni, aspetto cruciale per riuscire ad ottenere nelle terapie i migliori risultati.

Un importante e complesso studio riguardo la relazione tra alessitimia e cancro del colon-retto si è svolto tra il 2005 e il 2008 presso l'Azienda Universitaria Ospedaliera di Careggi a Firenze.

Tale ricerca vede l'utilizzo, tra gli strumenti diagnostici, dei DCPR (*Diagnostic criteria for use in psychosomatic research*) (Fava et al., 1995; Fava & Rafanelli, 1995) per la ricerca in psicosomatica sviluppati da un gruppo internazionale di ricercatori, e all'interno dei quali l'alessitimia è stata ufficialmente inclusa nel 1995, ad oggi uno degli strumenti maggiormente utilizzati per la rilevazione di tratti alessitimici.

La ricerca in questione è stata condotta su un totale di 67 partecipanti, suddivisi in tre gruppi: un gruppo sperimentale di soggetti affetti da cancro del colon-retto, e due gruppi di controllo di soggetti affetti colite ulcerosa in fase acuta e di mantenimento.

Le somministrazioni dell'intervista dei DCPR hanno rilevato l'assenza pressoché totale di alessitimia nei pazienti affetti da neoplasia del colon-retto, mentre si dimostra invece moderata nei pazienti affetti da colite ulcerosa, cosa che non sorprende, poiché in quanto malattia psicosomatica classica, è prevedibile che sia correlata alla presenza di tratti alessitimici.

L'assenza di alessitimia che si rileva nel gruppo sperimentale non deve però essere investita di un valore assoluto, e cioè considerata come una reale assoluta assenza. Infatti, è possibile la presenza, in questi soggetti, solo di una o magari due delle caratteristiche centrali del costrutto dell'alessitimia, come per esempio la difficoltà a discriminare tra di loro le emozioni e gli stati somatici, e/o la presenza di processi immaginativi coartati (Taylor et al., 1990). In questi soggetti potrebbe dunque essere presente un quadro alessitimico sotto-soglia, piuttosto che un quadro completo. Ciò conduce a non poter semplicemente parlare di presenza/assenza di alessitimia, ma piuttosto di un'eventuale diversa

gradazione di caratteristiche alessitimiche. Tuttavia in questo studio ciò non è stato indagato.

E' necessario inoltre tenere presente che parlare di correlazione tra alessitimia e cancro del colon-retto comporta molto di più che la sola rilevazione dell'esistenza di una relazione. Solo uno studio prospettico può approfondire il tipo di relazione realmente esistente, ove questa si riveli presente, poiché solo uno studio di questo genere può metterci in condizione di stabilire se si ha a che fare con situazioni di cosiddetta *alessitimia primaria*, dove i tratti caratteristici sono riscontrabili concomitanti e precedenti la patologia, o di *alessitimia secondaria* (Freyberger, 1977), nella quale invece le caratteristiche alessitimiche sembrano comparire a seguito dell'insorgenza della patologia in una certa fase. Dunque, nel caso specifico della relazione tra alessitimia e cancro del colon-retto, sarebbe auspicabile accertare, una volta stabilita l'effettiva esistenza di tale relazione, se l'insorgenza dei tratti alessitimici precede l'insorgenza del tumore del colon-retto, o rappresenta potenzialmente anche un'espressione di aggravamento dell'alessitimia stessa come una diretta conseguenza di eventi stressanti e traumatici legati alla malattia quali la diagnosi, l'intervento chirurgico, la chemioterapia. In assenza di uno studio prospettico tale specificazione non può essere fatta. In un lavoro come quello qui presentato si può forse ipoteticamente considerare l'alessitimia, ove essa si rivelasse presente, come alessitimia secondaria, in assenza di dati rilevati nel periodo precedente alla diagnosi della malattia.

Nel complesso, importanti intrecci tra disagio fisico e disagio psichico stanno emergendo e continuano ad emergere dalle ricerche sui pazienti oncologici, e alla luce di questo risulta sempre più evidente l'influenza reciproca tra mente e corpo, che può avere effetti sulla stessa evoluzione della patologia neoplastica, rendendo ancora più artificiosa la dicotomia mente-corpo che ispira le procedure terapeutiche.

Apfel, R. J., & Sifneos, P. E. (1979), Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, pp. 180-190.

Carretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma: Astrolabio.

Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 1-8.

Fava, G. A., & Rafanelli, C. (1995). I nuovi criteri diagnostici per la ricerca in medicina psicosomatica. *Medicina Psicosomatica*, 40, 287-297.

Fava, G. A., & Sonnino, N. (2002). Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 184-197.

Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-42.

Joukamaa, M., & Mattila, A. (2007). Epidemiologia dell'alexithymia. *Psychomedia*, 10 gennaio 2007, [[www.psychomedia.it/pm/ansie/psychosoma/alex-epidemiologia.htm](http://www.psychomedia.it/pm/ansie/psychosoma/alex-epidemiologia.htm)].

Krystal, H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Analytic Press, New York.

Loas, G., Fremeaux, D., Marchand, M. P., Chaperot, C., & Dardennes, R. (1993). L'alexithymie chez le sujet sain: validation de l'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) dans une population tout venant de 144 sujet, application au calcul de la prevalence. *Annales Medico-Psychologiques*, 151, 660-663.

Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La "pensée opératoire". *Revue Française de Psychanalyse*, 27 (suppl.), 1345-1356.

Mayes, L. C., & Cohen, D. J. (1992). The development of a capacity for imagination in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 23-47.

Nemiah J. C., & Sifneos P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trend in psychosomatic medicine*, London, Butterworths, vol. 2, pp. 26-34.

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.

Porcelli, P. (2005). Update sul costrutto di alexithymia. *Psychomedia*. Rilasciato da <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/porcelli-alex-2005.htm>.

Porcelli, P., & Todarello, O. (2004). La psicoterapia in medicina psicosomatica. *Psicoterapie e Scienze Umane*, 38, 189-210.

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Taylor G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D. A. (1990), Validation of the alexithymia construct: A measurement-based approach. In *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, pp. 290-297.

Todarello, O., & Porcelli, P. (2002). *Il costrutto di alexithymia*. In: O. Todarello, P. Porcelli (a cura di), *Medicina psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Milano: Franco Angeli.

Trombini, G., & Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica. L'equilibrio tra mente e corpo*. Bologna: Il Mulino.