Effetti della Scrittura espressiva su un gruppo di soggetti affetti da schizofrenia

di Stefania Bisagni[*] e Valentina Valenzano [**]

[Ricevuto il 20/08/2023
Accettato il 27/11/2024]

Riassunto

Obiettivo. Il presente lavoro si è posto due obiettivi*:* 1) illustrare come l'utilizzo della scrittura espressiva possa essere utile nell'aiutare soggetti affetti da schizofrenia sia nello svolgere un lavoro introspettivo, sia nell'identificare una connessione tra evento stressogeno e relativa emozione; 2) indagare una possibile connessione tra disturbo schizofrenico e alessitimia. *Metodi*. Sono stati coinvolti 12 soggetti schizofrenici inseriti in un centro diurno per la salute mentale di Padova selezionati in base alla presenza di difficoltà di identificazione, espressione e gestione delle emozioni, e sottoposti a un ciclo di otto incontri di scrittura espressiva. Tutti i partecipanti hanno compilato il questionario per la valutazione dello stato generale del benessere psicologico (PGWBI) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) pre, durante e fine attività. *Risultati*. Dei 12 partecipanti, si collocano nell'area del distress, all'incirca 5 dei soggetti; mentre la TAS-20 mostra un solo quadro alessitimico. Per quanto invece riguarda gli obiettivi specifici di riconoscimento e identificazione delle emozioni, di identifi-

[*] Psicologa, psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e gruppale. Socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (per Gruppo Polis: Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2", Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

[**] Psicologa, consulente presso Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2", Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova. Libera professionista (via Cernaia, 58 – 35141 Padova); valentinavalenano@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSN 1826-2589, ISSNe 1972-4837), 2/2022 OSSERVATORIO
DOI: 10.3280/gruoa2-2022oa19799

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

cazione di connessioni causali e organizzazione coerente della narrazione, si riscontrano deficit principalmente nella capacità di espressione. *Conclusioni.* Tale studio si mostra in linea con quanto riportato nella letteratura del caso, relativamente al rapporto schizofrenia-deficit socio-emotivi, ma allo stesso tempo ha permesso di mettere in luce aspetti nuovi, possibili input per riflessioni e approfondimenti futuri.

Parole chiave: Scrittura espressiva, Schizofrenia, Sintomatologia positiva e negativa, Alessitimia, Riabilitazione, Salute mentale.

Abstract. *Effects of express writing on a group of subjects with schizophrenia*

Objective. The present work had two objectives: The purpose of the present work was to 1) illustrate how the use of expressive writing can be useful in helping subjects with schizophrenia both in doing introspective work and in identifying an emotional connection between stressful event and related emotion; 2) investigate a possible connection between schizophrenic disorder and alexithymia. *Methods.* In this regard 12 schizophrenic subjects placed in a mental health day center in Padua selected on the basis of the presence of difficulties in identifying, expressing and managing emotions and underwent a cycle of 8 expressive writing meetings were involved. All participants were asked to complete the questionnaire for the assessment of general psychological well-being (PGWBI) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) pre, during and at the end of the activity. *Results*. Of the 12 participants, approximately 5 of the subjects are in the area of distress; while the TAS-20 shows only one alexithymic picture. On the other hand, with regard to the specific goals of emotion recognition and identification, identification of causal connections and coherent organization of narrative, deficits are found mainly in the ability to express. *Conclusion*. This study is shown to be in line with what has been reported in the case literature with regard to the schizophrenia-social-emotional deficits relationship, but at the same time it has allowed us to highlight new aspects, possible inputs for future reflections and insights.

Keywords: Expressive writing, Schizophrenia, Positive and negative symptomatology, Alexithymia, Rehabilitation, Mental health

Introduzione

Nel presente articolo viene riportata l'esperienza di gruppo avvenuta all'interno di un Centro Diurno per la Salute Mentale (CDSM) di Padova con utenti la cui diagnosi è prevalentemente di disturbo schizofrenico.

Il Centro Diurno di Salute Mentale in questione è gestito da una Cooperativa Sociale in convenzione con l'Azienda Ulss 6 Euganea e accoglie utenti seguiti dai servizi psichiatrici con diagnosi di psicosi e disturbi di personalità

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

grave, per i quali è appropriato proporre un percorso che si basa sul metodo della riabilitazione psichiatrica (Anthony *et al.,* 2002) secondo il modello bio-psico-sociale con uno sguardo focalizzato al processo di recovery (Davidson, 2012).

L'attività introdotta è la "Scrittura espressiva" ed è stata avviata a supporto delle attività riabilitative svolte nel Centro al fine di sviluppare le abilità necessarie a rendere gli utenti maggiormente consapevoli del loro stato emotivo a favore di un reinserimento socio-lavorativo.

Gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva non riescono ad accedere al livello di categorizzazione cosciente delle emozioni nonostante queste vengano comunque pienamente percepite; invece, gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa pur riconoscendo le emozioni non sono in grado di identificarle, e quindi di connetterle in modo causale a uno specifico evento.

L'équipe del Centro Diurno si è quindi interrogata sulla possibilità di inserire un'attività che potesse indagare il vissuto emotivo degli utenti e potesse di conseguenza essere di supporto agli interventi Evidence Based proposti nel Centro. Tale riflessione ha portato a formulare due ipotesi di lavoro: prima fra tutte, se persone affette da schizofrenia fossero in grado di individuare e connettersi alla parte più emotiva riuscendo a renderla esplicita, attraverso lo strumento della scrittura e poi della parola; e in secondo luogo, l'osservazione di una possibile connessione tra schizofrenia e alessitimia. Un ulteriore intento è stato quello di facilitare la circolazione in gruppo di pensieri connessi al proprio vissuto emotivo, e stimolati attraverso la produzione libera di una narrazione scritta.

Ci si è chiesti, infine, se le difficoltà presenti – che emergono durante le attività riabilitative in cui alle persone sono richieste non solo performance di tipo strumentale, ma anche emotive-relazionali – siano legate a deficit cognitivi e/o a una incapacità di saper decodificare i messaggi inter- e intrapersonali e di conseguenza essere in grado di rapportarsi alle circostanze.

Purtroppo, le restrizioni dovute alle esigenze primarie di contrastare la diffusione di Covid-19 ha reso necessario strutturare l'attività in piccoli cluster anche se l'attenzione è rimasta duplice: quella di integrare i risultati dei tre cluster a livello gruppale e interconnettere gli esiti dei singoli con le altre attività di gruppo.

Letteratura

Negli ultimi anni si è giunti all'evidenza empirica dell'esistenza di un deficit comune a tutti pazienti schizofrenici che consisterebbe in un deficit al processo di "meta-rappresentazione". Questo meccanismo consiste nell'ese-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

cuzione di rappresentazioni coscienti del funzionamento del proprio e altrui pensiero.

Con il termine Teoria della Mente (ToM) si intende proprio la capacità di attribuire stati mentali, credenze, intenzioni, desideri, emozioni e conoscenze sia a se stessi che agli altri, e la capacità di comprendere che gli altri hanno stati mentali diversi dai propri.

I pazienti affetti da schizofrenia sono carenti nella capacità di formare meta-rappresentazioni maggiormente strutturate, come emozioni di imbarazzo, rabbia e invidia, e conservano invece le abilità meta-rappresentazionali di primo ordine quali felicità e paura (Pagano e Carpinelli, 2010).

Ai fini del presente lavoro risultano essere rilevanti le evidenze ottenute da Grada *et al*. (2006) rispetto a un loro studio, da cui emerge che i soggetti schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa (in particolare ritiro sociale, appiattimento affettivo, alogia, avolizione e diminuzione dell'espressione emozionale), commettono errori di attribuzione di stati affettivi perché, seppur riconoscono le emozioni, non sono in grado di dar loro un nome; mentre i soggetti con sintomi prevalentemente positivi commettono errori di attribuzione di stati affettivi perché non hanno coscienza dello stato emotivo percepito, se non a un livello elementare.

Graeme J. Taylor, psichiatra e psicoterapeuta, ha concettualizzato l'emozione come un sistema in cui la dimensione fisiologica, motoria-comportamentale e quella cognitiva-esperienziale, si influenzano e regolano reciprocamente.

Una mancanza di collegamento tra di esse può comportare una situazione di disregolazione emotiva che l'autore definisce come alessitimia.

Le caratteristiche salienti del costrutto sono:

- difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche di attivazione emotiva;
- difficoltà nel descrivere agli altri i sentimenti;
- ridotte capacità di immaginazione;
- uno stile cognitivo orientato verso l'esterno, ovvero, una focalizzazione su dettagli relativi a eventi esterni, a persone e a luoghi; un pensiero quindi concreto, non riflessivo e non rivolto all'espressione di assetti interni, sentimenti e desideri.

Si pensa che queste caratteristiche riflettano dei deficit nell'elaborazione cognitiva e nella regolazione delle emozioni. Nello specifico, i livelli fisiologico e motorio-comportamentale rimarrebbero privi di riconoscimento e di regolazione da parte della dimensione più cosciente e cognitiva; non vi sarebbe quindi la possibilità di contattare, identificare e pensare alle proprie emozioni e, data la mancanza di comunicazione, di utilizzare i rapporti inter-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

personali nella regolazione delle emozioni stesse. Infatti, i soggetti con alti livelli di alessitimia comunicano in modo inadeguato la propria sofferenza emotiva agli altri.

È importante specificare che gli individui con alta alessitimia non sono privi di emozione, ma possono usare parole come "triste", "nervoso" o "spaventato" e possono esprimere sentimenti complessi come "mi sento arrabbiato", ma hanno difficoltà nel definire cosa significhi sentirsi triste, nervoso o arrabbiato. È possibile che facciano riferimento agli eventi connessi alle emozioni, ma non sono capaci di arrivare al significato più profondo, oltre l'esperienza. Taylor nella concettualizzazione dell'alessitimia ricorre alla Teoria del codice multiplo di Bucci (Bucci, 1997).

Tale teoria propone che la codifica dell'esperienza avvenga secondo tre codici, uno sub-simbolico che include funzioni legate alla memoria procedurale, alle funzioni corporee e ai livelli fisiologici delle emozioni; e due simbolici (verbale e non verbale) che si basano invece su immagini e simboli che nel sistema verbale si legano alle parole (Bucci, 1997).

Ora, la disconnessione tra i tre sistemi comporta il non avere parole per le emozioni (Taylor *et al.*, 2014).

Marasco e colleghi, nel 2011, hanno osservato una prevalenza di alessitimia in soggetti schizofrenici molto più alta rispetto a quella riportata da altri studi su popolazione generale, e simile alla prevalenza riscontrata in altri studi su pazienti altri con diversa tipologia di disturbi psichiatrici o affetti da schizofrenia.

Alcune caratteristiche della sintomatologia negativa di quest'ultima (appiattimento affettivo e alogia), risultano infatti clinicamente simili alle manifestazioni comportamentali dell'alessitimia, come il deficit dell'identificazione e verbalizzazione dei sentimenti, la difficoltà nel processare cognitivamente gli aspetti individuali delle emozioni, il mancato coinvolgimento emotivo e il deficit nel distinguere e manifestare le espressioni mimiche.

Tuttavia, ciò mostra che l'alessitimia potrebbe presentare solo lievi sovrapposizioni con i sintomi negativi non inquadrandosi all'interno degli stessi, ma come costrutto separato che, però, condivide alcune caratteristiche con la dimensione negativa.

L'alessitimia pur essendo significativamente correlata a diverse condizioni patologiche di natura psicosomatica e psicologica, per una corretta diagnosi differenziale, va distinta dalla sintomatologia negativa della schizofrenia perché va considerata un tratto stabile di personalità.

Studi e osservazioni hanno dimostrato infatti che dopo un anno di trattamento psicofarmacologico appropriato, i pazienti schizofrenici vedono migliorate le sindromi schizofreniche e depressive così come il funzionamento psicosociale, mentre le caratteristiche principali dell'alessitimia restano stabili.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Questo dimostra che l'alessitimia non è in relazione ai disturbi dell'Asse I (disturbi clinici principali come schizofrenia e depressione), ma è legata alle caratteristiche dell'Asse II (disturbi di personalità) ed è quindi una dimensione della personalità indipendente dalle categorie psichiatriche (*State of Mind*, 2024).

La Scrittura espressiva: inquadramento teorico e paradigmi

Un quesito che interessa da oltre vent'anni anni psicologi, pedagogisti, linguisti, scrittori e potenzialmente ogni individuo, riguarda i benefici tratti dalla scrittura, e nello specifico descrivere le situazioni difficili che ciascuno si trova a dover affrontare nella propria vita.

In un esperimento condotto dai ricercatori Pennebaker e Beall del 1986, un gruppo di studenti universitari volontari scrisse di alcune proprie esperienze traumatiche oppure di argomenti neutri e privi di rilevanza personale.

Il gruppo avrebbe scritto degli eventi traumatici in una delle seguenti modalità:

- limitandosi a esprimere le emozioni durante la sessione di scrittura;
- limitandosi a trattare i traumi nei loro aspetti concreti;
- trattando i fatti ed esprimendo le emozioni provate al riguardo.

I risultati evidenziano un effetto immediato molto forte. Molti piansero mentre descrivevano i traumi subiti, molti riferirono di aver fatto sogni e pensieri continui sugli argomenti trattati. Tuttavia, la cosa più significativa furono i testi poiché rivelarono gli stati d'animo più profondi e i lati più intimi dei partecipanti (Lo Iacono, 2016).

Gli autori erano interessati sia ai cambiamenti di salute fisica che agli effetti dell'esperimento sull'umore dei partecipanti.

Emerse che, subito dopo aver scritto delle proprie esperienze traumatiche, i soggetti si sentivano malissimo; e questi effetti furono più marcati in quei soggetti a cui era stato chiesto di esprimere le proprie emozioni mentre descrivevano i traumi.

Alla luce dei risultati emersi dagli studi condotti, Campbell e Pennebaker (2003) hanno classificato in tre categorie i processi di mediazione per spiegare perché la scrittura espressiva produca dei benefici; tali categorie si sovrappongono poiché ricche di relazioni reciproche:

1. *l'abituazione*. Il paradigma della scrittura espressiva viene assimilato alle procedure di esposizione e ne spiegano gli effetti in termini di estinzione, ovvero, la cessazione di un comportamento disfunzionale (per approfondimenti a riguardo vedere (Greenberg *et al*., 1996));

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

2. *cambiamenti nella memoria di lavoro*. È stato dimostrato, ad esempio, che scrivere riduce la frequenza e/o l'impatto dei pensieri intrusivi, suggerendo che tale tecnica liberi la mente dalle distrazioni (v. Lepore *et al*., 1996);
3. *cambiamento nelle strutture cognitive* (v. Pennebaker, Mayne e Francis, 1997).

Inizialmente Pennebaker pensò che gli effetti positivi della Scrittura espressiva fossero dovuti a una disinibizione, ovvero all'espressione di pensieri ed emozioni taciuti agli altri e in parte nascosti a se stessi.

Non parlare di un evento inibito significa non tradurlo in parole, e questo ci impedisce di comprenderlo e di assimilarlo.

Di conseguenza, le esperienze significative che vengono inibite affioreranno probabilmente sotto forma di sogni, ruminazioni mentali e altri disturbi del pensiero analoghi.

La costruzione di un racconto permette che le molte facce dell'evento vengano organizzate in un tutto più coerente; ciò permette di integrare pensieri e stati d'animo (Lo Iacono, 2016).

In sintesi, la Scrittura espressiva comporta:

- *cambiamenti cognitivi immediati*. Quando una persona affronta, scrivendo, un evento emotivamente carico, spesso si trova costretta a dargli un nome, una struttura o a organizzarlo. Inoltre si trova costretta a esporre le informazioni in forma linguistica, spesso per la prima volta, a un destinatario e a se stessa. Questi cambiamenti immediati sono spesso i più difficili da capire, ed è molto difficile stabilire se siano o meno correlati allo stato di salute a lungo termine;
- *cambiamenti emozionali immediati*. Il confronto diretto con una fonte di turbamento emozionale è spesso accompagnato da processi di abituazione ed estinzione. C'è ragione di credere che la scrittura emozionale possa ridurre l'effetto dei pensieri che si riferiscono al trauma. È difficile collegare questi processi a breve termine con la salute fisica a lungo termine;
- *cambiamenti cognitivi ed emozionali più a lungo termine*. Un effetto della Scrittura espressiva potrebbe essere quello di svuotare la memoria di lavoro. Nelle settimane successive alle sessioni di scrittura, ma non immediatamente dopo, le persone tendono a pensare di meno ai loro traumi e possono rivolgere i loro pensieri ad altri aspetti della loro vita;
- *correlati e conseguenze sociali della scrittura*. In alcuni studi pilota, tuttora in corso, si osserva che quando i partecipanti scrivono dei loro turbamenti emozionali cominciano gradualmente a parlare in modo diverso con gli altri. Tendono a parlare di più del loro trauma, a ridere di più e anche a modificare in modo sottile le loro reti di amicizie (Lo Iacono, 2016).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Per rendere più espliciti i riferimenti teorici riportiamo i paradigmi della Scrittura espressiva definiti da Pennebaker (2004):

- *quale dovrebbe essere l'argomento della scrittura?* Non è necessario scrivere dell'esperienza più traumatica della propria vita, ma è importante focalizzarsi sui problemi che, al momento, preoccupano o angosciano maggiormente poiché scrivere di essi può servire a organizzarli e risolverli nella propria mente. Qualunque sia l'argomento di cui si sceglie di scrivere, è essenziale esplorare sia l'esperienza oggettiva (che cosa è successo) sia i sentimenti, le emozioni a riguardo. Altro aspetto fondamentale è il lasciarsi andare completamente.
  Scrivere ininterrottamente e non preoccuparsi della grammatica e struttura del periodo. Se si esaurisce l'argomento o ci si sente bloccati, si procede ripetendo quello che si è già scritto;
- *dove e quando scrivere?* Gli studi suggeriscono che è molto importante scrivere in una stanza dove si è sicuri di non essere interrotti, né disturbati da rumori, odori o immagini; una stanza dove ci si sente a proprio agio. Rispetto al quando non ci sono regole precise: si può scrivere ogni volta che ne si ha voglia o quando se ne sente il bisogno.
  È importante però non usare la scrittura come sostituto dell'azione o come strategia di evitamento.
  Una meta-analisi condotta da Smyth (1998), riporta come la quantità di tempo trascorsa tra le sessioni di scrittura ne modera l'effetto: intervalli di una settimana hanno prodotto una misura dell'effetto superiore rispetto a intervalli di un giorno;
- *numero e durata delle sessioni?* Ancora dalla meta-analisi di Smyth (1998) emerge che il numero e la durata delle sessioni è ininfluente sulla misura complessiva dell'effetto. Tuttavia, i pazienti dovrebbero essere incoraggiati a scrivere per un massimo di 20 minuti a ogni sessione, in modo che il compito non sembri troppo opprimente, sebbene possano scegliere di continuare a scrivere una volta che il tempo è scaduto, se lo desiderano e se ciò è fattibile (Karen e Wilhelm, 2005);
- *che uso fare del proprio testo?* È importante che il testo sia destinato e quindi rivolto a se stessi in quanto il proposito di mostrare poi a qualcuno il proprio elaborato potrebbe influire sullo stato mentale durante la scrittura fino a, magari, rivolgersi alla persona che abbiamo in mente;
- *cosa si prova durante e dopo la scrittura?* Come è emerso in molti studi, subito dopo aver scritto ci si può sentire tristi, depressi o arrabbiati.
  Questi stati d'animo passano generalmente nell'arco di un'ora circa; in casi rari possono durare uno o due giorni. Infine, molti riferiscono di sentirsi sollevati, contenti e soddisfatti poco dopo la conclusione degli incontri previsti (Lo Iacono, 2016).

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Algristian (2019) ha condotto uno studio che coinvolge tre pazienti psichiatrici con spettro psicotico e non: uomo e donna con depressione suicida e una donna anziana schizofrenica con allucinazioni uditive.

Una cosa che dovrebbe essere considerata quando si fa Scrittura espressiva è l'osservazione iniziale di un effetto negativo durante la scrittura, sebbene, alla fine, si ottengano risultati migliori rispetto al gruppo di controllo, che non affronta tematiche emotivamente coinvolgenti.

Questo aumento dell'effetto negativo è correlato alle esplorazioni traumatiche effettuate dal paziente. Dopo 24 ore, questo effetto negativo diminuisce in modo significativo; anche i pazienti raggiungono uno stato più calmo rispetto a prima di scrivere. Due fattori che supportano il successo della Scrittura espressiva sono la capacità del paziente di rilasciare il suo trauma (la prontezza a scrivere un'esperienza traumatica sotto forma di parole) e trovare un nuovo significato attraverso ciò che ha scritto (il tentativo di guardare agli eventi da diverse prospettive e pianificare azioni promettenti per il futuro).

Lo studio: materiale e metodi

Soggetti

Il campione è composto da 12 soggetti schizofrenici inseriti in un Centro Diurno per la Salute Mentale di Padova. Il criterio di selezione è stato quello di individuare coloro che avevano maggiori difficoltà nei processi di identificazione, espressione e gestione emotiva.

Questi dimostravano di avere ridotte capacità immaginative e difficoltà a identificare i sentimenti provati con una evidente compromissione della connessione tra il cognitivo e l'emotivo.

Inoltre, un altro criterio è stato quello di individuare utenti che partecipassero anche ad altre attività di gruppo di sviluppo di social skill e un gruppo verbale a orientamento gruppoanalitico (che sarà oggetto di una successiva pubblicazione); il doppio inserimento aveva lo scopo di monitorare e, laddove necessario, approfondire determinate tematiche emerse.

I soggetti sono stati suddivisi in tre gruppi (A, B, C) con un numero massimo di 4 partecipanti per gruppo. Il gruppo A era costituito da soggetti con un'età inferiore ai 45 anni.

I gruppi B e C erano costituiti da soggetti con un'età inferiore e superiore ai 45 anni. La suddivisione in tali gruppi è avvenuta a seguito di una organizzazione delle attività nel rispetto delle restrizioni dovute alla necessità primaria di contrastare la diffusione di Covid-19.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

L'attività è stata svolta in una stanza apposita e isolata, una volta alla settimana. Ogni incontro ha avuto una durata di un'ora, per un totale di 8 incontri.

Strumenti

È stato selezionato un questionario per la valutazione dello stato generale del benessere psicologico: *Psychological General Well-Being Index* (PGWBI). L'autore, Harold Dupuye, psicologo americano, ha ideato il questionario per fornire un indice in grado di misurare lo stato di benessere o malessere soggettivo legato alla sfera emozionale e affettiva. Si tratta di uno strumento autosomministrato composto da 22 item che indagano sei differenti aree: ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, stato di salute generale e vitalità.

Tutte le domande fanno riferimento alle quattro settimane precedenti alla compilazione.

Il punteggio attribuibile alle risposte va da 0, lo stato peggiore possibile, a 5, lo stato migliore possibile. Il questionario permette di calcolare sia i punteggi relativi alle sei subscale che un indice complessivo che può raggiungere un massimo di 110 punti, cioè la somma delle risposte ai singoli item di tutte le dimensioni, ma solo dopo aver ricodificato i valori di alcune specifiche risposte.

Il questionario è stato compilato da tutti i partecipanti a inizio, metà e fine attività. Grossi *et al*. (2002), conducendo analisi per confermare la validità del questionario, riportano la ripartizione in 4 aree del range del punteggio globale permettendo di leggere i dati in maniera più chiara (Fig. 1).

Ciascuna area rappresenta una classe diversa e specifica di benessere e di stress.

Nello specifico troviamo dal basso verso l'alto:

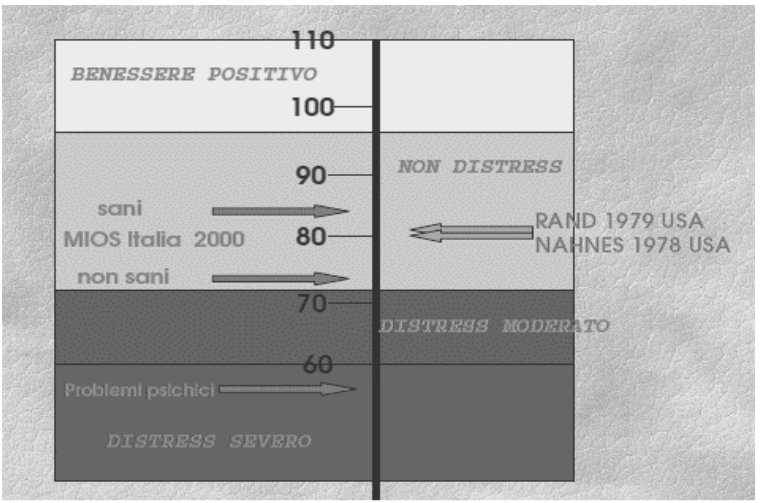
- Distress severo,
- Distress moderato,
- Non distress,
- Benessere positivo

La media di tutta la popolazione italiana, riportata dal presente studio, è stata 78; se poi l'intera popolazione è classificata in base alla presenza o meno di una condizione morbosa, allora si osserva che i due gruppi (sani e non sani) mostrano una marcata differenza in termini di benessere percepito e si collocano, rispettivamente, più vicini all'area del benessere positivo e del distress moderato.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Infine, coloro che hanno dichiarato di essere stati in cura per gravi disturbi psichici si collocano nell'area di distress severo.

Fig. 1 – Le 4 aree di benessere/distress del questionario PGWBI (Grossi et al. *2002).*



Per la valutazione del costrutto di alessitimia è stata selezionata la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), questionario autosomministrato costituito da 20 item e basato su una scala likert a 5 punti che va da "Non sono per niente d'accordo" a "Sono completamente d'accordo".

Al soggetto viene chiesto di esprimere il suo grado di accordo con ciascuna affermazione ed è fondamentale che il somministratore sottolinei che non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma solo soggettive, poiché legate al vissuto personale.

La valutazione dei dati permette sia di ricavare informazioni relative alla somma totale dei singoli punteggi agli item, prestando attenzione alla ricodifica del valore di specifici item, sia informazioni sulle tre dimensioni che definiscono il costrutto di alessitimia: difficoltà nell'identificare i sentimenti (F1), difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri (F2) e pensiero orientato all'esterno (F3).

Si possono ottenere punteggi compresi tra un minimo di 20 e un massimo di 100. Nel calcolo del punteggio totale si identificano tre categorie:

- non alessitimici, soggetti con punteggi inferiori a 51;
- borderline, soggetti con punteggi compresi tra 51 e 60;
- alessitimici, soggetti con punteggi uguali o superiori a 61.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Come suggerito da Taylor *et al*. (2014) il livello di severità dell'alessitimia può essere determinato confrontando il punteggio individuale con il punteggio medio della popolazione generale.

La TAS-20 ha dimostrato di avere un'alta coerenza interna, una buona affidabilità test-retest e una struttura a tre fattori congruente da un punto di vista teorico con il costrutto in questione (La Ferlita *et al*., 2007).

Infine, un ulteriore strumento del presente lavoro è stata l'osservazione diretta e partecipante della conduttrice dell'attività, al fine di raccogliere informazioni ed effettuare una valutazione rispetto sia all'andamento dei singoli partecipanti sia del gruppo.

Procedura

Il primo incontro è servito a introdurre l'attività, spiegare il paradigma della Scrittura espressiva, la modalità di conduzione, rispondere a eventuali dubbi, illustrare tempi e organizzazione dell'attività, dar modo di scegliere delle tematiche di cui avrebbero voluto scrivere negli incontri successivi e compilare i questionari PGWBI e TAS-20.

Le tematiche espresse e trattate per il gruppo A sono state "Gli obiettivi futuri sia a livello personale che lavorativo, le relazioni sociali, la reazione a critiche sul lavoro e nella vita privata, la malattia, la gestione di stati ansiogeni, cosa succede e come affronto la frustrazione per un mancato obiettivo e la gestione della pressione e dello stress".

Per il gruppo B le tematiche espresse hanno riguardato "La fatica (vissuto e gestione), l'ansia (causa scatenante e reazioni), le relazioni sociali, la rabbia interiore, la paura rispetto a un proprio obiettivo di vita, la demotivazione e lo stress nelle sue manifestazioni e modalità di gestione".

Infine, per il gruppo C le tematiche espresse e affrontate sono state "Il raggiungimento dell'autonomia, le reazioni alle critiche sia in ambito personale che lavorativo, le relazioni interpersonali, l'identificazione delle cause d'ansia e relativa gestione, cosa comporta l'essere sottopressione, la gestione di imprevisti e la fatica (vissuto e gestione)".

Dal secondo all'ottavo incontro si sono svolte le vere e proprie sessioni di scrittura in cui, a inizio incontro, la conduttrice accoglieva i partecipanti e guidava gli stessi in un momento di connessione, attraverso la parola e il rilassamento corporeo, alla tematica da approfondire.

La connessione avveniva nel seguente modo: "Chiudete gli occhi e trovate la posizione a voi più comoda e iniziate a inspirare ed espirare lentamente concentrandovi sul vostro respiro. Per i prossimi 20 minuti vi invito a scrivere riguardo a… è essenziale lasciarsi andare ed entrare in contatto con

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

le proprie emozioni e pensieri più profondi. Scrivete unicamente per voi, non preoccupatevi della grammatica e della struttura del periodo.

Ricordatevi che non c'è un giusto o sbagliato e che non si è qui per essere giudicati e giudicare. È uno spazio interamente dedicato a voi".

Seguivano 20 minuti dedicati alla scrittura in cui, in presenza di eventuali difficoltà, venivano fornite, come indicato dai paradigmi, facilitazioni come, ad esempio, quella di scrivere nuovamente quanto già scritto per non bloccare il flusso.

I successivi 30 minuti erano dedicati alla condivisione, se voluta, dei propri elaborati (attraverso la lettura dell'intero scritto, una sintesi orale o la lettura di alcune parti) che dava origine a una discussione di gruppo, in cui emergevano sostegno reciproco, prospettive differenti di uno stesso argomento, condivisione di esperienze personali, rispetto a quanto scritto dai singoli partecipanti, come forma di supporto o consiglio.

Alla fine di ogni incontro, tutti i partecipanti erano invitati a esternare il proprio stato d'animo; seguiva un intervento conclusivo della conduttrice avente il fine di fare il punto della situazione su quanto emerso, normalizzare e rassicurare circa i possibili sentimenti scaturiti dalle tematiche affrontate.

Gli scritti venivano conservati in personali cartelline consegnate poi a conclusione dell'attività e accompagnate da una restituzione rispetto all'intero percorso.

Risultati

PGWBI

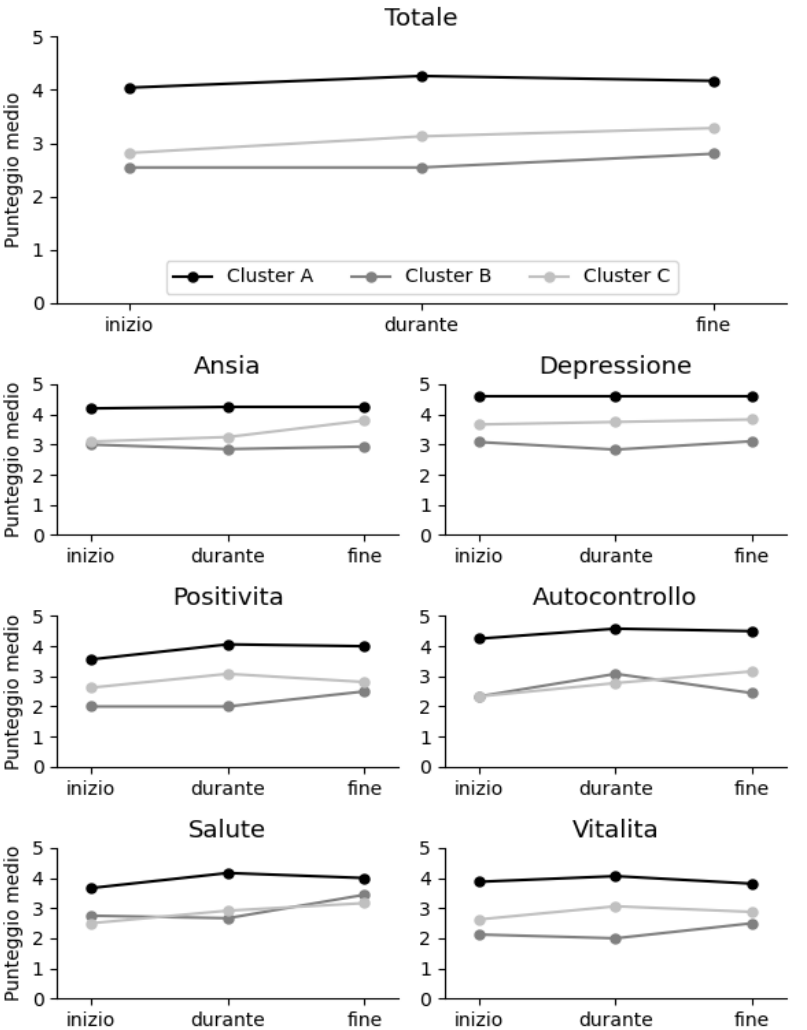
I dati ottenuti dalla compilazione del PGWBI sono stati analizzati per gruppo e per ogni partecipante.

Sono stati rilevati i punteggi relativi alle sei sub-scale e confrontati con il range minimo e massimo della scala di riferimento. Il punteggio globale, invece, è stato messo a confronto con il punteggio medio della popolazione e classificato in corrispondenza di una delle 4 aree a seconda del valore individuato (Fig. 2).

Per il gruppo A, due partecipanti su quattro hanno punteggi associati all'area del "Non distress" e i restanti due si collocano in corrispondenza del "Benessere positivo". È necessario precisare che uno dei soggetti collocato nell'area del "Benessere positivo" ha fornito, a tutte le domande, delle risposte estreme in contrasto con quanto osservato nella quotidianità.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 2 – Punteggi PGWBI alle tre somministrazioni.
La figura mostra i punteggi, totali e alle sei sub-scale, di ciascun cluster rispetto ai tempi di somministrazione e punteggio medio per item per cluster.



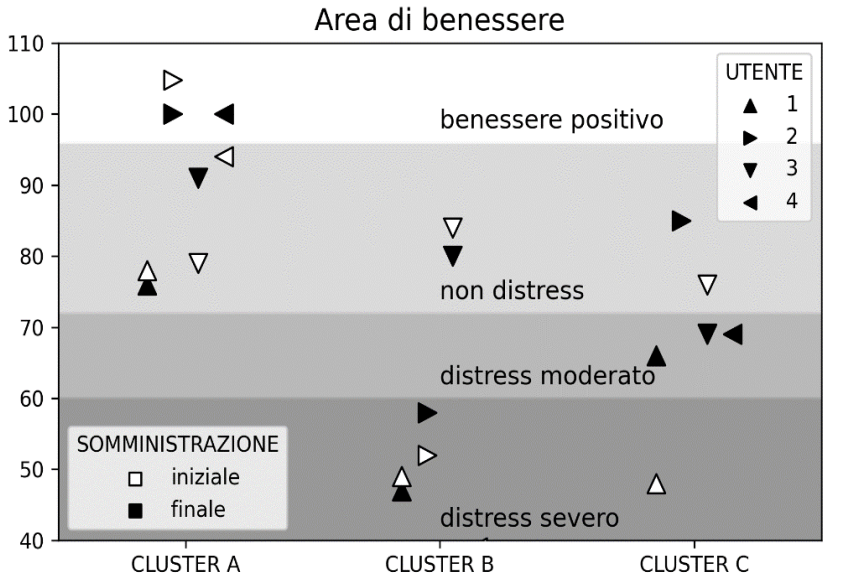
Il gruppo B, composto da quattro soggetti di cui uno ha abbandonato per problemi di salute dopo il primo ciclo, mostra 2 aree di "Distress severo" e un soggetto collocato nell'area del "Non distress".

Infine, rispetto al cluster C è doveroso segnalare la mancata somministrazione del PGWBI a inizio attività, per due soggetti, a causa di: 1) un'invalidazione del questionario e 2) di un inserimento tardivo. Alla luce di tali

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

premesse, i punteggi totali e le corrispondenti aree di benessere/stress potrebbero risultare leggermente alterate. I risultati, comunque, evidenziano un punteggio corrispondente all'area "Distress moderato" e un solo soggetto nell'area del "Non distress" (Fig. 3).

Fig. 3 – Area di benessere/stress.
La figura mostra la collocazione dei singoli soggetti di ciascun cluster in una delle 4 aree di benessere o stress, evidenziando la prima e l'ultima somministrazione.



TAS-20

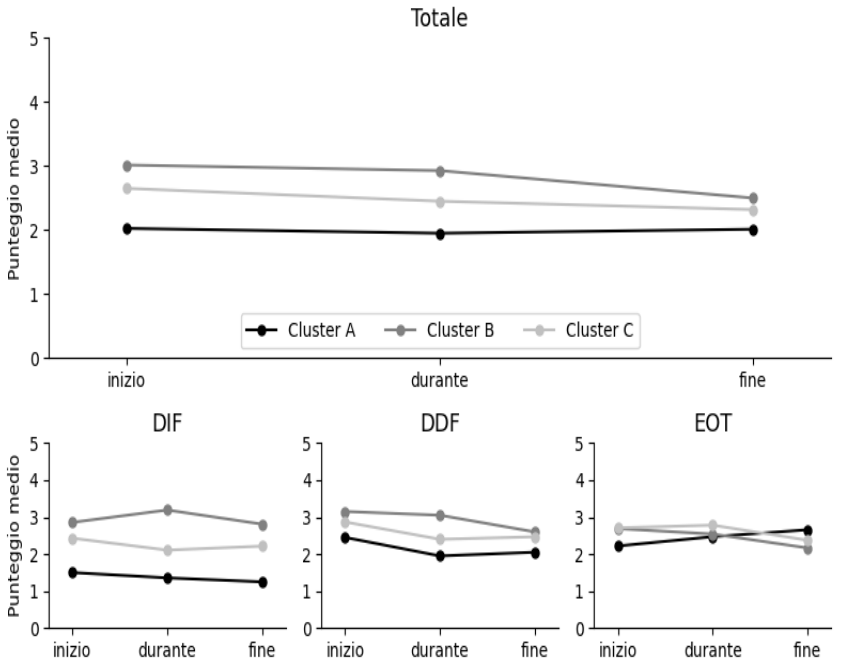
I risultati ottenuti dalla compilazione della TAS-20 sono stati analizzati per gruppo e per singolo partecipante. Sono stati calcolati i punteggi relativi alle tre dimensioni del costrutto e confrontati con i valori medi di riferimento. Il punteggio globale è stato messo a confronto con il punteggio medio della popolazione clinica e classificato in corrispondenza di una delle 3 aree identificate (Fig. 4).

I suddetti valori sono stati individuati in uno studio effettuato da Taylor *et al.* (1996) consultabile alla Fig. 1 dell'Appendice.

Il primo gruppo, A, evidenzia punteggi totali collocabili nell'area della "Non alessitimia" per tutti e quattro i partecipanti. Rispetto alle tre dimensioni, si osservano valori al di sopra della media rispetto alla dimensione dello "Stile cognitivo orientato più verso l'esterno".

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 4 – Punteggi TAS-20 alle tre somministrazioni.
La figura mostra i punteggi, sia totale che alle tre dimensioni, di ciascun cluster rispetto ai tempi di somministrazione e punteggio medio per item per cluster



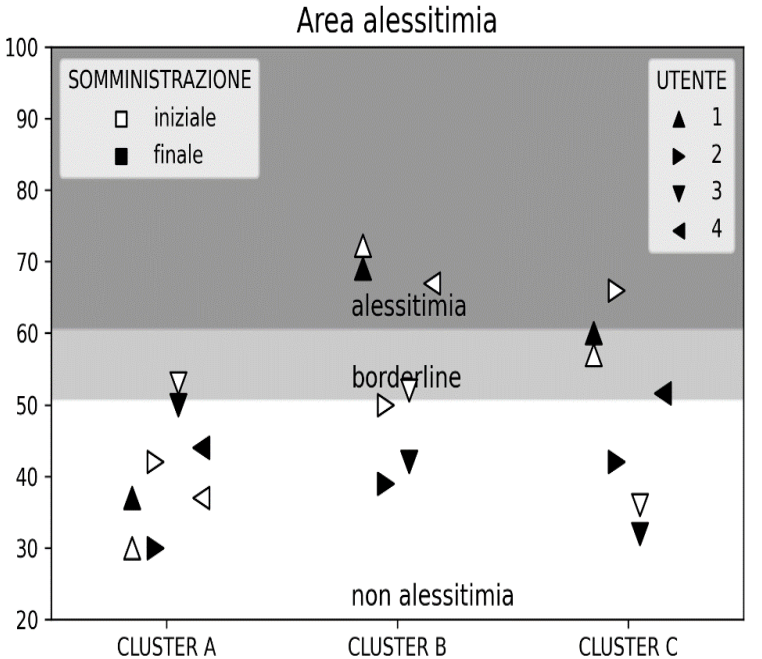
Il gruppo B mostra punteggi globali collocabili nell'area della "Non alessitimia" per due/tre dei soggetti, e un solo punteggio totale classificabile nell'area "Alessitimia"; in corrispondenza del quale si osservano, inoltre, punteggi al di sopra della media anche in tutte e tre le dimensioni di definizione del costrutto. I restanti partecipanti, invece, rientrano nei valori medi.

Nell'ultimo gruppo, C, va specificata l'assenza della prima somministrazione del reattivo a un utente a seguito dell'inserimento tardivo. Rispetto ai risultati ottenuti, si osservano due/quattro soggetti "Non alessitimici" e i restanti due "Borderline"; di cui, uno, registra, nelle tre dimensioni, dei punteggi al di sopra della media. I rimanenti partecipanti, invece, mostrano valori rilevanti sia rispetto alla dimensione "Stile cognitivo orientato verso l'esterno", sia rispetto alla dimensione "Difficoltà nell'identificare i propri sentimenti" (Fig. 5).

I dodici soggetti che hanno partecipato all'attività sono stati analizzati anche rispetto a indicatori generali di continuità e partecipazione, e rispetto a tre obiettivi specifici:

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Fig. 5. Area di alessitimia.
La figura mostra la collocazione dei singoli soggetti di ciascun cluster in una delle tre categorie possibili, evidenziando la prima e l'ultima somministrazione.



- riconoscere ed esprimere le emozioni;
- identificare connessioni causali nel testo scritto;
- organizzazione coerente della narrazione e riflessioni a riguardo.

Per quanto concerne gli indicatori di "continuità" e "partecipazione", tutti i soggetti, di ogni gruppo, hanno dimostrato una partecipazione agli incontri costante e attiva accettando di condividere e discutere in gruppo i propri elaborati e difficoltà, se presenti.

Solo rispetto alla tematica della "malattia" due partecipanti del gruppo A hanno preferito non condividere quanto scritto.

Rispetto agli indicatori specifici, tra i soggetti del gruppo A, un solo partecipante ha soddisfatto pienamente l'obiettivo di riconoscere ed esprimere le emozioni, mentre, i restanti soggetti, hanno dimostrato capacità identificative, ma diverse resistenze e incoerenza nell'espressione.

I restanti due obiettivi risultano raggiunti da tutti i partecipanti, seppur non pienamente.

Per quanto riguarda il gruppo B tutti i partecipanti soddisfano i tre obiettivi specifici; infine, nel gruppo C, si osserva il pieno raggiungimento dell'o-

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

biettivo di identificazione emotiva mentre, l'espressione è superficiale, minima; gli obiettivi di identificazione di un nesso causale e di organizzare in modo coerente la narrazione, risultano soddisfatti seppur assente un lavoro introspettivo ed emotivo.

Discussione e conclusioni

Il presente studio ha scelto di applicare il paradigma della Scrittura espressiva a un gruppo di soggetti affetti da disturbo schizofrenico. Sebbene i soggetti siano accomunati da una compromissione della sfera emotiva, nell'identificazione ed espressione, i risultati del lavoro svolto dimostrano delle importanti differenze individuali sia per quanto riguarda i valori ottenuti attraverso il questionario PGWBI, sia rispetto alla connessione tra schizofrenia e alessitimia, indagata mediante lo strumento TAS-20.

Il gruppo, inizialmente composto da dodici utenti frequentanti il centro diurno, vede un soggetto venir meno, ad attività avviata, per un aggravamento delle problematiche di salute. Inoltre, nel cluster C, si precisa la mancanza della prima somministrazione del PGWBI, per uno degli utenti, a causa dell'invalidazione del questionario, e della prima somministrazione di PGWBI e TAS-20, per un secondo utente, causa inserimento tardivo.

Relativamente al questionario PGWBI, dei rimanenti undici partecipanti, sei si collocano in un'area di "Non distress" mentre cinque in area di "Stress". Analizzando i risultati per cluster, mettendo a confronto la prima e l'ultima somministrazione del questionario, notiamo che nei gruppi A e B si registrano minime variazioni di punteggi che non comportano, però, modificazioni nell'area di benessere/stress; nel cluster C, invece, il confronto tra le due somministrazioni ci consente di osservare il passaggio di un utente da un'area di "Distress severo" a un'area di "Distress moderato", ma anche una variazione, per un secondo utente, da uno stato di "Non distress" a un'area di "Distress moderato".

Globalmente, ad attività conclusa osserviamo un miglioramento dello stato di benessere/stress per quattro/undici dei partecipanti.

Il secondo reattivo adoperato dal gruppo di lavoro (TAS-20) riporta un solo quadro "Alessitimico", due "Borderline", e per i restanti un quadro di "Non alessitimia".

Specificatamente, il cluster A presenta delle leggere variazioni di punteggio, tra la prima e l'ultima somministrazione, che per tre/quattro soggetti non comporta alcuna modifica di categoria, mentre per uno dei partecipanti si passa da un quadro "Borderline" a un quadro di "Non alessitimia". Nel cluster B, si registra la medesima modifica per due/tre utenti; e infine nel cluster

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

C, si evidenzia una variazione di punteggio tale da osservare il passaggio da un'area di "Alessitimia" a un'area di "Non alessitimia".

I risultati generali vedono, a fine attività, un miglioramento rispetto al costrutto di alessitimia per quatro/undici dei partecipanti.

Per quanto concerne gli obiettivi specifici, tutti gli undici partecipanti soddisfano gli obiettivi di identificazione di connessioni causali e organizzazione coerente del testo. L'obiettivo di riconoscimento ed espressione emotiva è raggiunto pienamente solo da un utente del cluster A, poiché per i restanti partecipanti si riscontra un'espressione dei vissuti emotivi superficiale, minima e priva di introspezione.

I risultati messi in evidenza dal presente gruppo di lavoro sono in linea con gli studi di Grada *et al*, (2006), secondo cui gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva non riescono ad accedere al livello di categorizzazione cosciente delle emozioni nonostante queste vengano comunque pienamente percepite; ciò fa sì che queste persone abbiano la necessità di attribuire le sensazioni percepite a un elemento nel mondo esterno, favorendo in questo modo un ipotetico meccanismo di proiezione paranoide. Invece, gli schizofrenici con sintomatologia prevalentemente negativa, pur riconoscendo le emozioni, non sono in grado di identificarle, e quindi di connetterle in modo causale a uno specifico evento.

Questa attività è stata pensata e pianificata dopo un'attenta analisi dei training già implementati nel centro diurno con il fine di indagare le capacità introspettive di un determinato gruppo di utenti e di capire se e come lo sviluppo o l'incremento di tali capacità potesse contribuire al macro-obiettivo di re-inserimento socio-lavorativo degli stessi.

I testi prodotti dai partecipanti hanno rappresentato, molto spesso, un input di lavoro nel rapporto 1:1, utente-operatore di riferimento, al di fuori delle ore di attività di gruppo, consentendo così di approfondire eventuali aspetti di rilevanza per il proprio percorso di recovery.

Inoltre, è importante specificare che la presente attività, essendo stata inserita all'interno di un contesto riabilitativo, è stata associata allo svolgimento contemporaneo di altre due attività (gruppo terapeutico a indirizzo gruppoanalitico e attività di coping emotivo) al fine di poter trattare determinati aspetti da diverse prospettive e contribuire a fornire un quadro più ampio dello stato psico-emotivo dei partecipanti comuni.

I risultati ottenuti dal nostro lavoro ci hanno dato modo di capire che la Scrittura espressiva rappresenta una modalità efficace per far sì che questa specifica tipologia di soggetti riesca a esprimere, ognuno con le sue difficoltà, resistenze e necessità di guida, il proprio vissuto emotivo, eventi e pensieri a essi connessi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Particolarmente efficace si è rivelato essere il contesto "gruppo" come occasione di ascolto e di confronto, che dava origine a prospettive differenti della medesima questione, ma si presentava anche come occasione di comprensione degli stati emotivi altrui. Questa abilità meta-rappresentazionale è fortemente compromessa negli schizofrenici, come evidenziato nello studio di Pagano e Carpinelli (2010).

Tale attività, ha dimostrato che i soggetti schizofrenici, sebbene abbiano dei limiti nella meta-rappresentazione, nell'individuare i propri sentimenti ed esprimere le emozioni provate nelle circostanze quotidiane, se accompagnati a fare esperienza e a prendere contatto con il proprio vissuto riconoscono a livello emotivo cosa gli sta accadendo.

Questo esito, tuttavia non è predittore di un cambiamento profondo: l'aspetto difensivo, principalmente il meccanismo della negazione, è visibilmente evidente come funzionamento psicodinamico. Talvolta ciò che era riportato nella scrittura sembrava fosse scollegato dal racconto e che non ci fosse integrazione tra le sue parti che rimanevano scisse. La mediazione della conduttrice e l'interazione con gli altri, quando percepiti come benevoli, hanno però reso possibile sia un ordine mentale sia una maggiore valutazione e interpretazione delle emozioni.

L'uso della Scrittura espressiva che ha la peculiarità di essere stato un intervento sperimentale all'interno di un Centro Diurno a valenza riabilitativa, oltre che essere stato di breve durata (8 incontri), ha dato modo all'équipe di lavoro di raccogliere maggiori informazioni sul singolo partecipante al fine di migliorare il proprio funzionamento in relazione al progetto riabilitativo, ma anche sul gruppo confermando che lo scambio tra pari è maggiormente impattante nell'apprendimento e nel processo di mentalizzazione.

Sulla base di ciò, si ipotizza, per studi futuri, la possibilità di utilizzare il paradigma della Scrittura espressiva come strumento per lavorare sulla parte di cognizione sociale (la Teoria della Mente) responsabile dell'attribuzione di emozioni, pensieri, intenzioni sia a se stessi che agli altri.

Tale abilità è necessaria per poter comprendere il mondo circostante e pianificare comportamenti socio-adattivi.

Questi sviluppi futuri risulterebbero inoltre in linea con gli obiettivi riabilitativi, ovvero di re-inserimento nel mondo socio-lavorativo dei soggetti partecipanti.

Un punto di forza del presente lavoro è sicuramente la relazione tra l'attività di Scrittura espressiva e le altre due attività di gruppo che ha permesso di rinforzare gli obiettivi prefissati in partenza, evitando una dispersione dei vissuti emersi.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

A tal riguardo si sottolinea come il confronto in équipe sia stato utile e necessario per fare emergere collegamenti e interconnessioni tra le varie attività di gruppo riabilitative. Il lavoro di rilettura della conduttrice con la psicologa della struttura dopo i vari incontri e il successivo confronto con l'èquipe di lavoro ha rivelato che, sebbene ci possa essere un'attenzione al singolo o all'attività, il pensiero condiviso acquisisce un significato più complesso e gruppale, pur rimanendo etereo.

Gli stessi partecipanti riferivano collegamenti tra le varie attività affrontando le stesse tematiche nei vari gruppi, ma con modi diversi. La possibilità di depositare i vari pensieri in vari momenti strutturati (in équipe, nel post gruppo) e non strutturati (negli scambi informali), ha portato quindi sia il gruppo sia l'équipe a sentirsi integrati e non segmentati, come spesso accade.

Infine, è doveroso mettere in evidenza la presenza di alcune criticità da tenere in considerazione per sviluppi futuri. Il numero esiguo di soggetti reclutati rappresenta sicuramente una limitazione per lo studio, dovendo anche tenere in considerazione possibili drop-out.

Inoltre, va evidenziata la criticità delle restrizioni imposte dalla pandemia che ha portato alla suddivisione in tre gruppi. In ultimo, la TAS-20 è un questionario autosomministrato, quindi in assenza di consapevolezza delle proprie difficoltà si potrebbe verificare una tendenza a fornire risposte falsate, così come potrebbero attivarsi meccanismi difensivi.

Per ovviare a questa problematica, potrebbe essere opportuno somministrare ai soggetti coinvolti la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), un'intervista strutturata progettata da Taylor *et al*. (2014) per la valutazione delle quattro dimensioni del costrutto in modo più "oggettivo" e sistemico.

Riferimenti bibliografici

Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M. e Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Algristian H. (2019). Expressive Writing ad Brief Psychotherapy. *Open Access Maced J Med Sci.*, 7, 16: 2602-2606. DOI: 10.3889/oamjms.2019.402

Bucci W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva. Una teoria del codice multiplo.* Roma: Giovanni Fioriti.

Campbell R.S. e Pennebaker J.W. (2003). The Secret Life of Pronouns: Flexibility in Writing Style and Physical Health. *Psychological Science*, 14. DOI: 10.1111/1467-9280.01419

Davidson L. (2012). *Il recovery in psichiatria.* Trento: Erickson.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Grada C., Pigato G., Salce P., Bianchin L. e Prior M. (2006). Un'interpretazione cognitivista delle difficoltà sociorelazionali ed emotive nei pazienti schi-zofrenici con sintomatologia prevalentemente positiva e negativa. *Giorn. Ital. Psicopat.*, 12: 38-48.

Greenberg M.A., Wortman C.B. e Stone A.A. (1996). Emotional Expression and Physical Health: Revising Traumatic Memories or Fostering Self-regulation? *J. of Personality and Social Psychology*, 71: 588-602.
DOI: 10.1037/0022-3514.71.3.588

Grossi E., Mosconi P., Groth N., Niero M. e Apolone G. (2002). Questionario Psychological General Well-Being Index. Versione italiana (pp. 21-44). *Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri*.
DOI: 10.1186/1477-7525-4-88

Karen A. e Wilhelm B. e K. (2005). Emotional and Physical Health Benefits of Expressive Writing. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 5: 338-346, September.
DOI: 10.1192/apt.11.5.338

La Ferlita V., Bonadies M., Solano L., De Gennaro L. e Gonini P. (2007). Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e Adolescenza*, 6, 3: 131-144.
DOI: 10.1710/324.3814

Lepore S.J., Wortman C.B., Silver R.C. e Wayment H.A. (1996). Social Constraints, Intrusive Thoughts, and Depressive Symptoms among Bereaved Mothers. *J. of Personality and Social Psychology*, 70: 271-282.
DOI: 10.1037/0022-3514.70.2.271

Lo Iacono G. (2016). Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria. Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria.* Semestrale della Federazione Psicologi per i Popoli, 16: 1-80.

Marasco V., De Berardis D., Serroni N., Campanella D., Acciavatti T., Caltabiano M., Di Iorio G., Olivieri L., Rapini G., Cicconetti A., Carano A., La Rovere R., Moschetta F.S. e Di Giannantonio M. (2011). Alessitimia e rischio suicidario in pazienti affetti da schizofrenia: risultati preliminari di uno studio trasversale. *Rivista di Psichiatria*, 46: 31-37.
DOI: 10.1708/549.6538

Pagano A.M. e Carpinelli L. (2010). Abilità socio-emotive in pazienti schizofrenici. *Giorn. Ital. Psicopat.*, 16: 276-281.

Pennebaker J.W. (2004). Theories, Therapies, and Taxpayers: On the Complexities of the Expressive Writing Paradigm. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 11: 138-142.

Pennebaker W.J. e S. Beall (1986). Confronting a Traumatic Event. Toward an Understanding of Inhibition and Disease. *J. of Abnormal Psychology*, 95, 3: 274-81.
DOI: 10.1037//0021-843X.95.3.274

Pennebaker J.W., Mayne T.J. e Francis M.E. (1997). Linguistic Predictors of Adaptive Bereavement. *J. of Personality and Social Psychology*, 72, 4: 863-871.
DOI: 10.1037/0022-3514.72.4.863

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Smyth J.M. (1998). Written Emotional Expression: Effect Sizes, Outcome Types, and Moderating Variables. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 174-184. DOI: 10.1037/0022-006X.66.1.174

Taylor G., Bagby R.M., Caretti V. e Schimmenti A. (2014). *La valutazione dell'alessitimia con la TSIA*. Milano: Raffaello Cortina.

State of Mind (2024). Il giornale delle scienze psicologiche. "Alessitimia". Testo disponibile al sito: https://www.stateofmind.it/alessitimia/

Taylor G., Bressi C., Parker J., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E., Allegranti I., Bongiorno A., Giberti F., Bucca M., Todarello O., Callegari C., Vender S., Gala C. e Invernizzi G. (1996). Cross Validation of the Factor Structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian Multicenter Study. *J. of Psychosomatic Research*, 41, 6: 551-559. DOI: 10.1016/s0022-3999(96)00228-0

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

APPENDICE

Tab. 1 – Punteggi totali PGWBI Cluster A.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*76*	*Non distress*
2	*100*	*Benessere positivo*
3	*91*	*Non distress*
4	*100*	*Benessere positivo*

Tab. 2 - Punteggi totali PGWBI Cluster B.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*47*	*Distress severo*
2	*58*	*Distress severo*
3	*80*	*Non distress*
4	*-*	*-*

*Il partecipante n. 4 ha interrotto la frequentazione a causa di problemi di salute.

Tab. 3 – Punteggi totali PGWBI Cluster C.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*66*	*Distress moderato*
2	*85*	*Non distress*
3	*69*	*Distress moderato*
4	*69*	*Distress moderato*

*Il partecipante n. 4 è stato coinvolto nell'attività a partire dal 2°ciclo di somministrazione in sostituzione di un utente che ha deciso di interrompere la frequentazione.

Tab. 4 - Punteggi totali TAS-20 Cluster A.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*37*	*Non alessitimia*
2	*30*	*Non alessitimia*
3	*50*	*Non alessitimia*
4	*44*	*Non alessitimia*

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org

Tab. 5 – Punteggi totali TAS-20 Cluster B.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*69*	*Alessitimia*
2	*39*	*Non alessitimia*
3	*42*	*Non alessitimia*
4	*-*	*-*

*Il partecipante n. 4 ha interrotto la frequentazione a causa di problemi di salute.

Tab. 6 – Punteggi totali TAS-20 Cluster C.

Partecipante	*Punteggi totali*	*Area distress*
1	*60*	*Alessitimia*
2	*42*	*Non alessitimia*
3	*32*	*Non alessitimia*
4	*52*	*Borderline*

*Il partecipante n. 4 è stato coinvolto nell'attività a partire dal 2°ciclo di somministrazione in sostituzione di un utente che ha deciso di interrompere la frequentazione.

Fig. 1. Valori di riferimento TAS-20 dello studio di (Taylor et al.*, 1996).*

Table III. – Means, standard deviations, internal reliability coefficients, and mean interitem correlation coefficients for the TAS-20 and the three factors

	Normal sample (N=206)				Clinical sample (N=642)			
	Mean	SD	Alpha	MIC	Mean	SD	Alpha	MIC
TAS-20	44.7	11.3	0.75	0.13	53.6	14.8	0.82	0.13
Factor 1	14.6	6.0	0.77	0.33	18.9	7.5	0.79	0.34
Factor 2	13.1	4.8	0.67	0.29	14.1	5.3	0.68	0.30
Factor 3	17.1	4.9	0.52	0.12	20.5	5.8	0.54	0.13

MIC = mean interitem correlation.

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: http://creativecommons.org