

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

**DOTTORATO DI RICERCA IN
Scienze Psicologiche**

Ciclo 28°

Settore Concorsuale di afferenza: 11/E4 – Psicologia Clinica e Dinamica

Settore Scientifico disciplinare: M-PSI/08 – Psicologia Clinica

**La valutazione del dolore mentale in ambito clinico e
nella popolazione generale**

Presentata da: Maria Grazia Ricci Garotti

Coordinatore Dottorato

Relatore

Prof. ssa Monica Rubini

Dott. ssa Eliana Tossani

Esame finale anno 2015/2016

INDICE

Capitolo 1

CAPITOLO 1 - IL DOLORE	6
1.1. Definizioni di dolore.....	6
1.2. Classificazione del dolore	7
1.3. I principali modelli teorici sul dolore	11
1.4. Fisiologia del dolore.....	13
1.5. Il dolore mentale	15
1.6. I principali modelli teorici del dolore mentale.....	17
1.7. Caratteristiche del dolore mentale	25
1.8. Misurazione del dolore mentale.....	31
1.8.1 Strumenti psicometrici autovalutativi	31
1.8.2. Valutazione indiretta	38
1.9. Le comorbidità nel dolore mentale.....	44
1.9.1 Suicidio	45
1.9.2. Alessitimia e dolore mentale	52
1.10. Riflessioni conclusive	54
CAPITOLO 2 - VALIDAZIONE ITALIANA DELL'ORBACH AND MIKULINCER MENTAL PAIN SCALE (OMMP)	56
2.1. La misurazione del dolore mentale	56
2.2. La creazione dell'OMMP	60
2.3. Metodi	61
2.3.1. Partecipanti	61
2.3.2. Procedure	62
2.3.3. Strumenti.....	62
2.3.4. Analisi statistiche	64
2.4. Risultati	64
2.5. Discussione e conclusioni	65
CAPITOLO 3 - UTILIZZO DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA SCALA ORBACH AND MIKULINCER MENTAL PAIN SCALE (OMMP) NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN CAMPIONI CLINICI: UNO STUDIO DI ANALISI FATTORIALE ESPLORATIVA E CONFERMATIVA	70
3.1. Introduzione	70
3.2. Metodi	76
3.2.1. Partecipanti e procedure	76
3.2.2. Strumenti.....	77
3.2.3. Analisi dei dati	79
3.3. Risultati	83
3.4. Discussione	87
3.5. Conclusioni generali.....	103
BIBLIOGRAFIA	107
LISTA TABELLE E FIGURE	126
<i>Tabella A. Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione</i>	126
<i>Tabella 1. Medie e deviazioni dei fattori dell'OMMP e Alfa di Cronbach</i>	131
<i>Tabella 2. Differenze di genere nei fattori dell'OMMP</i>	132
<i>Tabella 3. Differenze dei punteggi nelle dimensioni dell'OMMP in base ai livelli d'età e stato civile</i>	133

<i>Tabella 4. Differenze rispetto all'istruzione nelle diverse dimensioni dell'OMMP.....</i>	<i>134</i>
<i>Tabella 5. Correlazioni di Pearson tra i fattori dell'OMMP e il distress psicologico secondo l'SQ.....</i>	<i>135</i>
<i>Tabella 6. Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti.....</i>	<i>136</i>
<i>Tabella 7. Simmetria e curtosi.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabella 8. Risultati della analisi fattoriale esplorativa dopo la rotazione Promax (n=544).....</i>	<i>140</i>
<i>Tabella 9. Alfa di Cronbach delle singole scale e dell'OMMP_19_ITA totale.....</i>	<i>142</i>
<i>Tabella 10. Validità convergente.....</i>	<i>143</i>
<i>Tabella 11. Validità discriminante.....</i>	<i>144</i>
<i>Tabella 13a. Risultati univariati MANOVA.....</i>	<i>145</i>
<i>Tabella 13b. Confronto delle media tra i gruppi.....</i>	<i>146</i>
<i>Figura 1. Modello di analisi fattoriale confermativa OMMP_19_ITA.....</i>	<i>147</i>
<i>Figura 2. Modello di analisi fattoriale confermativa Portoghese (n=184).....</i>	<i>148</i>

CAPITOLO 1 - IL DOLORE

1.1. Definizioni di dolore

Nonostante il dolore sia un'esperienza comune a tutti gli esseri umani (Molinari e Castelnuovo, 2010), è molto difficile poterlo definire, dato che esso deriva da un'esperienza soggettiva a sua volta modellata da componenti fisiologiche, psicologiche, comportamentali e socio-culturali.

International Association for the Study of Pain (IASP) definisce il dolore come “una spiacevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata o meno a un danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di un simile danno” (Merskey e Bogduk 1994), ed è solitamente accompagnato da comportamenti specifici a seconda della localizzazione fisica del dolore (Sullivan, 2001). Il dolore è una normale risposta fisiologica a uno stimolo nocivo e ricopre una sostanziale funzione protettiva. Infatti, in seguito all'approvazione della legge n. 38/2010 (art. 7) il dolore viene riconosciuto come il quinto segno vitale oggetto di monitoraggio, dopo pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, e temperatura corporea. Da un punto di vista evolutivo, il dolore può essere considerato come un segnale di allarme finalizzato ad allertare il corpo sulla presenza di stimoli pericolosi o potenzialmente tali, che si attiva per attirare la nostra attenzione su quegli stimoli che lo provocano e permettendo la correzione degli eventi che lo causano ed incentivarne l'evitamento in futuro (Thornhill e Thornhill, 1990). Il dolore rappresenta, infatti, una corretta risposta di adattamento essenziale. Il dolore diventa patologico, quando si presenta e perdura autonomamente, perdendo la sua iniziale funzione di segnale d'allarme e diventando a sua volta una malattia o una condizione permanente. La definizione fornita dall'IASP, mette in luce la natura soggettiva dell'esperienza dolorosa: “Il dolore è sempre soggettivo. Ogni persona ne apprende il significato e la sua funzione attraverso le esperienze legate alle lesioni occorse nell'infanzia”. È importante evidenziare che l'esperienza del dolore è determinata ed influenzata da fattori individuali, quali le esperienze passate, il quadro personale, le risorse interne ed esterne, la capacità del soggetto di far fronte a situazioni stressanti e i fattori socio-culturali, che agiscono di concerto per determinare l'esperienza di dolore (Bates, 1987; Ramírez-Maestre, Martínez e Zarazaga, 2004).

Il dolore, a differenza dei fenomeni prettamente percettivi, può essere considerato come l'unione di una componente sensoriale (la nocicezione) che permette la trasmissione al sistema nervoso centrale di stimoli realmente o potenzialmente dannosi per l'organismo ed una componente esperienziale che rappresenta il vissuto emotivo connesso alla spiacevole sensazione somatica.

1.2. Classificazione del dolore

Dall'analisi della letteratura scientifica emerge la difficoltà di giungere ad una definizione univoca di dolore. Nel momento in cui il dolore è divenuto oggetto di studio, si è visto proliferare non solo la terminologia connessa al fenomeno doloroso, ma anche numerose tipologie di classificazione. Bonica (1979) afferma: "lo sviluppo e la diffusa acquisizione di una terminologia universalmente accettata e di una classificazione delle sindromi dolorose sono tra i più importanti obiettivi e responsabilità della IASP. Anche se le definizioni e le classificazioni adottate non saranno perfette, esse sono sicuramente migliori della babele che esiste oggi". Una classificazione ideale dovrebbe prevedere la mutua esclusione di una categoria con l'altra, ma purtroppo in medicina, non esistono sistemi in grado di soddisfare questo criterio, poiché i singoli quadri diagnostici, sono spesso frutto di una combinazione di diverse caratteristiche. Tuttavia, la classificazione non deve perdere il suo pragmatismo, ovvero deve essere in grado di riflettere la fenomenologia reale e non una verità assoluta. Pertanto, anche nel caso in cui un soggetto riporti una sintomatologia tale che possa rientrare in una categoria prefissata, gli attuali sistemi di classificazione sono strutturati in modo tale da includere questo disturbo all'interno della stessa o di un'altra categoria.

Ad oggi, molte delle tassonomie del dolore si fondano sul lavoro di esperti che indagano l'esperienza dolorosa considerando diversi aspetti (Mercadante, 2005). Alcuni sistemi di classificazione prendendo in esame un singolo criterio monodimensionale, come ad esempio la sede e le modalità d'insorgenza, l'irradiazione, l'aspetto qualitativo o quello temporale, forniscono una visione parziale del fenomeno. Pertanto, al fine di ottenere una valutazione più esaustiva, sarebbe opportuno utilizzare questi criteri in concomitanza ad altri strumenti di classificazione. A seguire, riporteremo solo alcune delle classificazioni su base monodimensionale.

A seconda della sede d'insorgenza il dolore può essere descritto con modalità diverse:

- Somatico o superficiale, quando è causato da una lesione tissutale, pertanto è facilmente valutabile, sia perché è visibile sia perché il soggetto avrà già fatto altre esperienze di questa stessa natura. L'impulso doloroso è veicolato da strutture molto innervate e ampiamente rappresentate nel sistema nervoso centrale. Terminazioni nervose specializzate per numerosi stimoli ne permettono una facile individuazione per quanto riguarda la sede.
- Profondo o viscerale, qualora sia dovuto all'alterazione o alla lesione di un organo. Gli impulsi dolorosi sono veicolati da nervi simpatici, con sede profonda. Le terminazioni nervose coinvolte sono scarsamente specializzate, infatti, recepiscono solo poche sensazioni, ovvero: pressione, distensione, contrazione/spasmo. Il dolore viscerale è avvertito lungo la linea mediana e si irradia in diverse sedi rispetto l'organo offeso. È un dolore ottuso, sordo, compressivo o oppressivo, con intensità variabile dallo spasmo alla colica. È spesso

accompagnato da un'importante reazione emotiva quale ansia e angoscia. Inoltre, possono presentarsi segni neurovegetativi quali sudorazione, nausea, vomito, alterazioni dell'alvo e bradicardia.

L'irradiazione del dolore può essere descritta come:

- *localizzato*, quando una persona indica il preciso punto del corpo dove avverte il dolore;
- *irradiato*, dal punto di origine il dolore segue un decorso lungo un tratto del corpo (per esempio, un mal di schiena con una irradiazione sciatica); è tipico del dolore viscerale con un'irradiazione dall'organo offeso.
- *riferito*, è un dolore avvertito in una sede distante dall'area in cui è presente il danno; questo tipo di dolore riguarda un'area somatica più o meno ampia senza una chiara localizzazione.

Sulla base della risposta allo stimolo doloroso, esistono due tipologie di dolore. Una tipologia a *rapida insorgenza*, che sopraggiunge entro un decimo di secondo dal verificarsi dell'evento doloroso e termina con esso; è un dolore localizzato, acuto e seguito da un riflesso flessorio. Una tipologia di dolore a *lenta insorgenza*, che si presenta dopo almeno un secondo e non cessa al termine della stimolazione, è scarsamente localizzato, ottuso ed è associato ad una contrazione muscolare riflessa.

Infine, il dolore viene classificato in base all'aspetto temporale:

- *Transitorio*: determinato da stimoli nocicettivi di breve durata. Vi è un'attivazione dei nocicettori in assenza di danno tissutale. Termina con la scomparsa dello stimolo;
- *Acuto*: secondario ad uno stimolo definito è determinato da una lesione tissutale reversibile e di breve durata attualmente in corso. La causa è evidente e il dolore tende a regredire con la riparazione del danno. Questo tipo di dolore svolge anche una funzione protettiva portando il soggetto ad evitare stimoli che potrebbero intaccare la parte offesa;
- *Recidivo*: si presenta con una certa frequenza nel corso del tempo, come nel caso delle cefalee;
- *Persistente*: il permanere dello stimolo nocicettivo o della nocicezione nel corso del tempo rendono il dolore costante;
- *Cronico*: associato a profonde modificazioni della personalità e dello stile di vita del paziente che costituiscono fattori di mantenimento indipendenti dall'azione dei nocicettori.

Il dolore cronico, è ulteriormente suddiviso in quattro differenti tipologie di dolore.

Il dolore nocicettivo si verifica quando il sistema nervoso normalmente funzionante induce un'attivazione dei nocicettori periferici a causa di un reale o potenziale danno tissutale. Esso si divide in somatico e viscerale. Il primo è frequente, circoscritto, spesso continuo. Alcuni esempi sono fratture, artriti, lesioni, ustioni e necrosi. L'intensità del dolore è proporzionale a quella del danno subito e tende a risolversi con la scomparsa della causa scatenante. Si divide a sua volta in superficiale e profondo. Il secondo è scarsamente localizzato e si irradia in modo diffuso nella parte del corpo coinvolta. Si presenta in modo periodico con picchi più forti. Alcuni esempi sono distorsioni, contrazioni o spasmi. Il fatto che il dolore nocicettivo sia così fortemente influenzato dall'ansia e da altri fattori psicologici suggerisce che la sovrapposizione tra i meccanismi centrali del dolore e quelli emotivi, in particolare i sistemi aminergici e oppioidi rivestono un importante ruolo nella produzione del dolore di natura psicologica (Bradley, 2004).

Il dolore neuropatico è una risposta patologica continua riconducibile ad una lesione o disfunzione del sistema nervoso periferico e/o centrale. In assenza di danno tissutale o in presenza di stimoli appena percettibili (ipersensibilità), le vie nervose che solitamente convogliano il segnale del dolore dalla zona offesa, vengono attivati autonomamente. Può essere una condizione transitoria, acuta o permanente. Si presenta con segni e sintomi sensoriali, quali parestesie o iperalgesia. Viene descritto come parossistico, intermittente, a scarica elettrica, a fitte, profondo, crampiforme o terebrante. Scarsamente sensibile al trattamento con i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). La persistente attivazione delle vie nervose se non trattata può intaccare il funzionamento delle altre vie. Questa condizione porta ad un acutizzarsi della percezione degli stimoli favorendo l'insorgenza della così detta allodinia. Attualmente le cure preposte al trattamento del dolore neuropatico sono insoddisfacenti.

Il dolore misto è derivato dalla combinazione dei meccanismi patogeni del dolore nocicettivo e di quello neuropatico. La conduzione neuronale come risposta a stimoli realmente o potenzialmente dannosi per i tessuti unita ad un funzionamento disfunzionale o ad una lesione del sistema nervoso centrale o periferico.

Un'esperienza dolorosa viene definita psicogena quando è riconducibile a fattori psicologici in assenza di basi organiche. Nel caso del dolore psicogeno, il sintomo doloroso può divenire l'intera malattia e spesso valutando il significato che il soggetto gli attribuisce emergono le potenziali cause della manifestazione dolorosa. Il dolore psicogeno, richiede necessariamente di escludere la componente organica al fine di una diagnosi puntuale. Engel (1959), quindi, definendo il concetto di dolore psicogeno, cerca di ricalcare il modello cartesiano che vede mente e corpo contrapposti tra loro. Successivamente, l'IASP ha definito il dolore come un'esperienza e siccome tutte le esperienze possono essere descritte come fenomeni psicologici, il termine dolore psicogeno

rappresenterebbe una tautologia priva di senso (Covington, 2000). La definizione dell'IASP presuppone la combinazione di una componente sensoriale ed emotiva per poter parlare di dolore. Gli studi di neuroimaging indicano che l'anticipazione del dolore, immaginare il dolore o empatizzare con il dolore altrui, siano esperienze associate all'attivazione delle stesse aree cerebrali coinvolte nel processamento degli stimoli dolorosi. Pertanto, emerge una interazione dinamica tra gli stati della mente e il funzionamento del cervello. La dicotomia posta tra mente e corpo dal concetto di dolore psicogeno si dimostra inadeguata per descrivere il vissuto di dolore. Si potrebbe persino concludere che pensieri, fantasie ed emozioni, altro non siano che manifestazioni neurologiche, ovvero eventi organici.

Il dolore la cui origine non è conosciuta, oppure il livello di intensità riferito dall'individuo non abbia una corrispondente immediata motivazione organica viene definito dolore idiopatico. A tale proposito potrebbe essere utile considerare la definizione di dolore fornita da Margo McCaffery (1968): "il dolore è ciò che la persona dice che sia, ed è presente ogni qualvolta che la persona dice di avvertirlo". La diagnosi di dolore idiopatico è spesso utilizzata come diagnosi di esclusione, comprende quelle condizioni per cui l'attuale conoscenza dei sistemi di processamento del dolore, così come le tecnologie impiegate per descriverli, sono incapaci di determinarne le cause sottostanti. Pertanto, se consideriamo l'affermazione della McCaffery e la potenziale lacuna diagnostica, questi pazienti dovrebbero ricevere un trattamento analogo a coloro che manifestano sintomi classificabili in quanto tali, fino a quando non verrà dimostrato il contrario.

Grazie ai progressi nella ricerca sulle basi neurofisiologiche del dolore, favoriti dallo sviluppo della teoria del cancello di Melzack e Wall (1965), équipe di psicologi hanno messo a punto alcuni sistemi di classificazione dove il ruolo giocato dalla componente emozionale, cognitiva e psicosociale nell'esperienza dolorosa è stato fortemente sottolineato (Mercadante, 2005). Nonostante ad oggi sia riconosciuta l'importanza del dolore in alcuni quadri psicopatologici (Di Fiorino et al., 2010), il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5) lega in modo univoco il dolore ad un solo quadro diagnostico, ovvero i "Disturbi da sintomi somatici". In particolare in sede di valutazione diagnostica se un soggetto manifesta principalmente dolore, è possibile utilizzare lo specificatore *con dolore predominante*. Nel DSM-IV era definito disturbo algico, ed era considerato come una condizione indipendente con specifici criteri diagnostici.

Trethowan (1988) ha individuato 5 aspetti che distinguono il dolore fisico da quello di natura psicogena (Sims, 2004):

- il dolore psicogeno è più diffuso e meno localizzato, in particolare, esso spesso si presenta in molteplici parti del corpo contemporaneamente (Aragona et al., 2001);

- il dolore psicogeno tende ad essere persistente, mentre i dolori fisici hanno agenti causali specifici che rispondono a trattamenti farmacologici mirati;
- il dolore psicogeno è spesso associato ad un disturbo dell'umore;
- il dolore psicogeno tende progressivamente ad aggravarsi;
- risulta complesso descrivere la qualità del dolore psicogeno a parole.

1.3. I principali modelli teorici sul dolore

Le teorie della specificità (Schiff, 1858) ritengono che il dolore sia una specifica forma di sensibilità, dotata di un apparato distinto rispetto alle altre afferenze sensoriali. Secondo questo approccio, tra lo stimolo nocicettivo e la risposta fornita dal singolo individuo, vi sarebbe una relazione causale e diretta. Questa accezione affonda le radici nel dualismo cartesiano secondo il quale è necessario distinguere l'aspetto sensoriale, evinto dall'osservazione del comportamento della persona dall'esperienza soggettiva di ogni fenomeno. Secondo il modello del dualismo cartesiano quando il dolore di un soggetto non può essere spiegato attraverso il modello di causalità diretta allora il sintomo deve considerarsi frutto della mente e quindi, ricondotto alla sintomatologia della malattia psichiatrica. Nel 1835, Muller descrive la legge dell'energia specifica nei nervi secondo la quale la qualità della percezione (udito, vista, olfatto, tatto e dolore) dipende dalle strutture nervose attivate dai diversi stimoli sensoriali.

Nel 1894 Von Frey scopre che la cute umana possiede molteplici punti sensoriali peculiari per le differenti stimolazioni. Le terminazioni libere dei nervi cutanei sono identificati come recettori specifici del dolore. Grazie a queste scoperte sono stati individuati diverse tipologie di fibre coinvolte nel processo di elaborazione delle informazioni dolorose ed è stata identificata la cosiddetta "via del dolore" nei tratti spinotalamici (Horn e Munafò, 1997).

In opposizione a questa teoria vi è quella dell'intensità dello stimolo, di Wilhelm Erb (Dallenbach, 1939) secondo la quale ogni tipo di stimolo sensoriale può causare dolore a patto che raggiunga un'adeguata intensità. Di conseguenza, ad una debole stimolazione corrisponderebbe una sensazione non dolorosa, mentre una stimolazione più intensa avrebbe favorito l'attivazione di una sensazione fortemente dolorosa. Una conferma a questa teoria arriva dalla scoperta dei neuroni ad ampio spettro dinamico o neuroni convergenti attivati da stimoli sensoriali polivalenti, con diversi livelli intensità. Tali neuroni sono fortemente implicati nel dolore viscerale (Silvestrini e Caputi, 2013).

Sul finire dell'Ottocento, il dolore acquisisce il duplice significato, attualmente riconosciutogli, di essere una sensazione percettiva ed un'espressione emotiva della sofferenza.

Nel 1894 Goldscheider afferma che si parla di dolore quando la sommazione degli impulsi dolori, avvenuta a livello delle corna dorsali del midollo spinale, una volta giunta al cervello, supera la soglia individuale di tolleranza.

Nuovi strumenti di valutazione fisiologica permisero di classificare dei diversi pattern di attività nervosa nelle fibre afferenti in risposta a impulsi di differente natura. Le fibre sensoriali furono classificate in base alla grandezza e la velocità di conduzione del segnale nervoso. La teoria dei modelli sostiene che gli organi di senso fossero provvisti di un'ampia scala di responsività e caratterizzati da complesse configurazioni di eterogenee connessioni (Silvestrini e Caputi, 2010). Il dolore, originato e propagato attraverso specifiche fibre nervose, si compone di pattern spazio-temporali di trasmissione e di scarica d'informazioni. Questa teoria permetteva di spiegare la persistenza del dolore nonostante la cessazione della causa e la distinzione del dolore acuto e cronico.

La teoria dei modelli prende le distanze della teoria della specificità incapace di spiegare alcuni fenomeni dolorosi e costituisce anche il trampolino per l'avvio della teoria del cancello di Melzack e Wall (1965). La branca psicosomatica attuale, grazie alla base teorica fornita da questo modello, ha dato nuovamente una visione unitaria all'esperienza del dolore che la visione cartesiana aveva tenuto distinto. L'esperienza del dolore si componerebbe, quindi, di tre dimensioni distinte ma legate tra loro. La prima è quella *sensoriale-discriminativa*, principalmente coinvolta nell'identificazione del percorso condotto dello stimolo sensoriale in termini di localizzazione e di proprietà neurofisiologiche. La seconda componente è quella *affettivo-emozionale*, che riflette il modo in cui il paziente riferisce il proprio dolore. Genera un tono affettivo di spiacevolezza, ed induce l'attivarsi di un'attenzione selettiva verso il dolore e il desiderio di mettergli fine. Nei soggetti con dolore cronico e soprattutto in coloro che riferiscono dolori psicogeni è la dimensione preponderante. La dimensione *cognitivo-valutativa* corrisponde al processo di costruzione del significato dell'esperienza dolorosa che ne dà il paziente, attraverso l'elaborazione e la riattivazione dei valori, credenze, caratteristiche e vissuti del paziente. È legata alle diverse capacità, quali: memorizzazione, comparazione con esperienze passate, apprendimento, capacità di astrazione, attenzione e vigilanza, capacità di giudizio, capacità di verbalizzazione. Queste capacità sono soggette a fattori educativi, culturali e sociali. Pertanto la teoria del cancello è la prima teoria a fornire la descrizione di dolore in quanto esperienza derivata dalla mediazione tra una componente fisica e la percezione soggettiva che l'individuo ne ha. In particolare, secondo gli autori, nelle corna dorsali del midollo spinale è posto un cancello, ovvero un meccanismo capace di regolare la trasmissione dell'informazioni dolorose provenienti dai nervi periferici e diretti al sistema nervoso centrale.

Tra gli anni 1990 e 1999 Melzack, rifacendosi alla teoria del cancello e considerando alcune osservazioni fatte su pazienti con dolore da arto fantasma, mise a punto la teoria della neuromatrice del Sé-corporeo (*body-self neuromatrix*), la neuromatrice risulta composta da una rete neurale ampiamente distribuita che include componenti talamico-corticali, limbiche e somatosensoriali. Nonostante l'architettura sinaptica di questa rete neuronale sia geneticamente determinata essa può subire modificazioni in funzione delle esperienze sensoriali del singolo individuo. Le varie parti che compongono la neuromatrice, sono tra loro collegate attraverso dei *loop* che lavorano al fine di raggiungere una sintesi. L'elaborazione ciclica ripetuta e la sintesi degli impulsi nervosi attraverso la neuromatrice impartisce un modello neuronale specifico per il dolore. Gli output della neuromatrice sono costituiti da: la percezione del dolore (le tre dimensioni elencate a proposito della teoria del cancello, ovvero: cognitivo-valutativa, motivazionale-affettiva e sensoriale-discriminativa); i programmi di azione (schemi di comportamento involontario e volontario, la comunicazione sociale e le strategie di coping); i programmi di regolazione dello stress (livello del cortisolo, della noradrenalina, delle citochine, l'attività del sistema immunitario e i livelli delle endorfine). La teoria della neuromatrice del dolore pone sullo stesso piano l'aspetto genetico e i meccanismi neurologico-ormonali dello stress con i meccanismi neurologici della trasmissione sensoriale. Pertanto, essa ci permette di abbandonare il concetto Cartesiano di dolore, inteso come sensazione dolorosa prodotta da un'inflammatione o da una lesione, per condurci verso una concettualizzazione di dolore intesa come esperienza multidimensionale. Questa teoria fornisce una nuova cornice concettuale rispetto al dolore, in particolare delle sindromi dolorose croniche, che sono caratterizzate da una grande intensità di dolore e da un ruolo indefinito della patologia sottostante (Molinari e Castelnuovo, 2010).

Distinguere il ruolo giocato da mente e corpo durante la fase di percezione del fenomeno doloroso è complesso. Il messaggio doloroso viene trasmesso a partire dalla parte periferica danneggiata del corpo, per poi giungere al centro del sistema nervoso dove è possibile acquisire consapevolezza del dolore percepito. A tale proposito Sullivan (1990) afferma "noi pretendiamo che il dolore abbia origini nella mente o nel corpo, anche se spesso sembra originare in terzo luogo tra o al di là della mente e del corpo".

1.4. Fisiologia del dolore

La nocicezione è il processo attraverso il quale uno stimolo lesivo a contatto con il derma o le mucose, ingenera l'eccitazione di recettori periferici noti come nocicettori, e la formazione di un impulso nervoso che percorre le fibre nervose dolorifiche, partendo dai nervi periferici e risalendo

il midollo spinale per giungere al talamo. Il dolore è la presa di coscienza di un'informazione nocicettiva (Tiengo, 2008).

Da un punto di vista fisiologico, il sistema di comunicazione del dolore si compone di tre elementi essenziali:

- *trasduzione*: prevede la ricezione del segnale e la successiva trasformazione dello stimolo lesivo in impulso elettrico mediante l'attivazione dei nocicettori;
- *trasmissione*: l'impulso elettrico viene veicolato attraverso le fibre afferenti dolorifiche in direzione del cervello;
- *modulazione*: è un processo che consente di controllare, inibire o ampliare le informazioni nocicettive a cui fa seguito la fase percettiva e della presa di coscienza (Ercolani e Pasquini, 2007).

Le informazioni nocicettive una volta raggiunto il talamo, considerato il centro di controllo del dolore, vengono inviate a diversi distretti cerebrali per poi integrarsi. A partire dal talamo gli impulsi algici giungono al sistema limbico, il quale elabora le sensazioni connotandole emotivamente e le confronta con eventi inconsci. Tiengo (2008) afferma che, in caso di dolore, l'integrazione delle informazioni nocicettive talamiche a livello dei circuiti della coscienza, richiama la percezione del dolore nelle sue due componenti funzionali: cognitiva ed emotiva. La percezione cosciente del dolore avviene solamente una volta che le informazioni raggiungono la corteccia prefrontale, sede del comportamento e delle funzioni superiori. Tuttavia, non dobbiamo dimenticare alcune peculiarità della percezione del dolore nella fase in cui da nocicezione si giunge al dolore. Infatti, come ampiamente dimostrate dai modelli e dalle ricerche empiriche, questo processo è soggetto all'influenza di numerosi fattori esperienziali, psicologici ed emotivi.

La percezione del dolore, ovvero di un proprio stato interno, avviene comunque all'interno di un contesto esterno, sociale. A partire dalla teoria interpersonale del dolore di Wittgensteinian, Sullivan (2001) afferma che normalmente l'essere umano negozia socialmente quello che è dolore e quello che non lo è. L'esperienza di dolore è una importante e particolare parte della forma di vita adottata da ogni gruppo sociale. Melzack e Wall (1996) sottolineano che il dolore essendo un'esperienza privata e personale, è impossibile comprendere esattamente cosa percepisce come doloroso un altro individuo. In altre parole, un individuo non potendo far "sentire" agli altri come si sente, cercherà altresì di trasmettere e condividere la propria sensazione spiacevole con gli altri significativi. La solitudine del dolore è intimamente legata con le sue implicazioni nelle relazioni con gli altri, quindi, l'esperienza del dolore è solitaria, tuttavia, mai privata (Ahmed, 2013). Il dolore umano si delinea attraverso il contesto e le relazioni con gli altri significativi.

1.5. Il dolore mentale

Secondo Freud (1925), la trasposizione della sensazione dolorosa nell'ambito della psiche sembra essere riconducibile ad un investimento della rappresentazione psichica della parte corporea lesa. Pertanto, il crescente investimento sull'oggetto perduto produce una condizione analoga a quella creata dall'investimento doloroso della parte del corpo lesionata, prescindendo dall'elemento periferico fonte del dolore fisico.

La teoria della neuromatrice (1999), posta come perfezionamento della teoria del cancello, può essere vista come un'entità composta da i domini somatosensoriali, cognitivi e affettivi. La neuromatrice riceve gli input da diverse aree del cervello preposte alla regolazione di sensazioni, emozioni e cognizioni e di contro produce una neurosignature che attiva vari programmi per il riconoscimento del dolore, la risposta motoria, le reazioni emotive e stress.

Le tre dimensioni del dolore riconosciute da Melzack e Wall (1965): *sensoriale* include l'intensità, la posizione e gli aspetti temporali del dolore; *affettiva*, riflette gli aspetti emotivi del dolore e della sofferenza; quella *cognitiva* che rispecchia la valutazione del significato e delle possibili conseguenze del dolore, della malattia e delle lesioni. Attualmente, questo modello è ampiamente accettato poiché esso integra aspetti fisiologici e psicologici del dolore e della sofferenza. In particolare, i fattori psicologici, quali esperienze passate, attenzione ed altre attività cognitive, precedentemente relegati alla semplice funzione di reazioni al dolore (Melzack, 1999), grazie alla nuova teorizzazione di Melzack, diventano parte integrante del processo del dolore oltre a rappresentare una nuova direzione al fine di controllare il dolore.

Il dolore descritto sinora rappresenta gli aspetti mentali del dolore fisico e gli aspetti fisici del dolore mentale. Tuttavia, esiste anche una forma di dolore che non prevede necessariamente una manifestazione fisica, ovvero il dolore psicologico (Shneidman, 1999).

Il dolore mentale è uno concetto assiduamente utilizzato negli anni, in psicologia clinica e psichiatria e può essere considerato il nucleo centrale della psicopatologia (Frankl, 1963; Jobes, 2000; Orbach et al., 2003b). Infatti, il fenomeno del dolore mentale è stato ampiamente descritto attraverso un cospicuo numero di sinonimi. L'uso di termini differenti o dello stesso termine per descrivere condizioni analoghe è un indicatore del fatto che il costrutto di dolore mentale non ha ancora raggiunto la maturità (Morse et al., 1996).

Attualmente, per quanto riguarda la definizione di dolore mentale un accordo non è stato ancora raggiunto, ne consegue che, senza una concettualizzazione coerente e corretta di un costrutto, i

tentativi di operazionalizzarlo, misurarlo e manipolarlo sono destinati a fallire. Abbiamo pertanto deciso di procedere mettendo a punto una revisione sistematica della letteratura.

The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) sono state utilizzate come linea guida per effettuare la ricerca sistematica della letteratura. La domanda di ricerca posta alla base della ricerca verteva sull'individuazione delle teorie, dei modelli teorici e del concetto di dolore mentale. Gli articoli sono stati inclusi nella revisione se scritti in italiano, inglese o francese, senza alcuna restrizione per l'anno di pubblicazione (articoli pubblicati fino al dicembre 2013) e coinvolgevano una popolazione di adulti di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Inoltre, gli articoli dovevano presentare una teoria, un modello o uno strumento quantitativo preposto alla valutazione del dolore mentale (ad esempio, dolore psicologico, psychache e dolore emotivo). Articoli esclusivamente centrati sulla neuroanatomia o i markers biologici non sono stati inclusi.

I database elettronici consultati includevano: PsychInfo, PubMed (MedLine), Web of Science, EBM Review and Cochrane Database of Systematic Reviews. Le parole chiave utilizzate sono: dolore mentale, dolore psicologico, sofferenza emotiva, dolore psichico, “psychache” e dolore emotivo, combinate con l'operatore Booleano ‘OR’. Pubblicazioni aggiuntive sono state reperite attraverso le bibliografie degli articoli selezionati e consultando alcuni esperti. In particolare è risultato utile il confronto con il Prof. Sensky, dell'Imperial College of Science, Technology and Medicine di Londra, autore del Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM), uno strumento per misurare la percezione della sofferenza causata da malattia. Dalla consultazione di ricercatori esperti operanti presso altre sedi universitarie e/o istituzionali (Bernard J. Carroll MBBS, PhD - Pacific Behavioral Research Foundation, Carmel, CA, USA; Esther L. Meerwijk, - PhD Department of Community Health Systems, University of California, San Francisco, San Francisco, CA, USA) e di psichiatri e psicoterapeuti operanti in servizi sanitari e sociali pubblici con una lunga esperienza clinica, abbiamo potuto individuare uno strumento di valutazione ed è stato possibile avere una migliore comprensione degli aspetti che differenziano il concetto di dolore mentale da quello di *suffering*.

Gli abstract e gli articoli sono stati valutati da due ricercatori in modo indipendente, in caso di disaccordo, i ricercatori hanno raggiunto il consenso per quanto riguardava l'ammissibilità o meno dell'articolo. La ricerca ha fornito un totale di 760 articoli. Dopo aver consultato gli abstract, i revisori hanno eliminato 728 record, in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione oppure erano duplicati. I restanti 32 record possono essere ricondotti ai seguenti termini, legati ad un modello teorico sostenuto dall'evidenza dei dati raccolti, ed i corrispettivi autori che se ne sono fortemente interessati sono:

- Psychache (Shneidman, 1993; Holden et al., 2001);
- Emotional Pain (Bolger, 1999);
- Central pain (Ahearn et al., 2001)
- Mental Pain (Orbach et al., 2003);
- Social Pain (Eisenberger e Lieberman 2004; Macdonald e Leary 2005);
- Psychological Pain (Mee et al., 2006; Meerwijk et al., 2013);

Attualmente questi termini vengono utilizzati come fossero sinonimi. Tuttavia, essi sono tanti quanti i modelli teorici diversi che le sottendono. La rilevanza clinica della sofferenza ingenerata dal dolore mentale, richiederebbe, invece, una maggiore chiarezza concettuale allo scopo di realizzare trattamenti più puntuali. Procederemo con la presentazione dei modelli e delle teorie individuati a seguito della revisione della letteratura.

1.6. I principali modelli teorici del dolore mentale

Il primo dolore avvertito dal neonato è quello dell'helplessness che trae origine dalla percezione di essere separato dall'oggetto materno (Freud, 1895). Il bambino vive l'esperienza dell'assenza totale dell'altro. Questo stato di helplessness rappresenta per Freud la condizione arcaica alla base della specie umana. Il fattore biologico, per Freud, determinato dal lungo lasso di tempo durante il quale il bambino si trova in una condizione di impotenza e allo stesso tempo dipendenza, stabilisce la natura pericolosa delle situazioni e dà vita al bisogno di essere amato per l'intera vita. Questa negativa condizione primordiale è il requisito a partire dalla quale la mente umana si svilupperà.

Freud (1911) fu il primo autore ad affermare che l'apparato psichico primitivo del bambino non ha la capacità di pensare o di poter elaborare il dolore. Una volta sviluppatasi questa capacità mentale, secondo Freud l'essere umano è richiamato ad un secondo compito, ovvero quello di saper gestire il dolore mentale. In particolare, il bambino deve acquisire la capacità di tollerare la frustrazione. Inoltre, egli affermò che l'incapacità di tollerare le frustrazioni provocare può il fallimento dello sviluppo della funzione simbolica e quindi, del processo del pensiero.

Bion (1963) incorpora la visione freudiana del dolore con il concetto kleiniano dell'identificazione proiettiva all'interno di un modello più ampio necessario all'elaborazione della teoria del contenuto-contenitore, la quale si è dimostrata fondamentale per comprendere il processo di simbolizzazione e il ruolo dell'oggetto nello sviluppo della capacità di pensiero critico. Il quadro

concettuale di Bion permette un'esaustiva distinzione tra il dolore mentale e la sofferenza psichica. La prima condizione deriva da esperienze traumatiche non elaborate attraverso la funzione alfa che restano come elementi beta non digeriti nell'apparato psichico dell'individuo al quale non resta che manifestarli sotto forma di dolore mentale. La seconda condizione, invece, rappresenta l'elaborazione positiva di un'esperienza negativa, in altre parole, la sofferenza altro non è che un'esperienza negativa tollerata e contenuta dell'apparato psichico poiché elaborata attraverso la funzione alfa che la simbolizza e ne astrae il significato associato al punto da trasformarla in elementi alfa, ovvero elementi adeguati per essere pensati dall'apparato per pensare i pensieri.

Analogamente a Freud, Bion associa il dolore mentale al grado di tollerabilità della frustrazione. Egli ritiene che la mente operi come una sorta di contenitore che permette alle emozioni dolorose di essere accolte, senza arrecare danno al soggetto fino a quando vi è spazio mentale sufficiente, di essere conservate nella mente e digerite attraverso la funzione alfa trasmessa dalla madre. Pertanto, la qualità dell'interazione che intercorre tra madre e bambino gioca un ruolo importante in questa visione del dolore mentale. La condizione di intolleranza del dolore coincide con la mobilitazione delle difese preposte contro il dolore il cui obiettivo è quello di annullare o paralizzare i pensieri e altre funzioni dell'ego. Questa affermazione va a corroborare il prezioso lavoro condotto da Steiner (2004) il quale propose il concetto di "ritiro psichico" come conseguenza dell'incapacità del soggetto di tollerare il dolore mentale. Come Freud, Bion crede che il dolore sia un elemento essenziale allo costruzione dell'ego, sempre che questo resti entro un certo limite. In questo modo, attraverso la perdita dell'oggetto amato e la successiva frustrazione, la persona abbandona il principio del piacere e raggiunge il principio di realtà (Trombini, 2002)

Restando entro questo framework teorico, Manuela Fleming (2006) sostiene che il dolore mentale e la sofferenza psichica vengono spesso erroneamente utilizzati come sinonimi per descrivere esperienze emotive distinte. In particolari, vi sono quattro aspetti facilmente ascrivibili ad una piuttosto che all'altra esperienza. Il soggetto riconduce a sé stesso la sofferenza psichica, mentre nel caso del dolore mentale, l'individuo non riconosce nessun evento o persona come causa primaria riconducibile al proprio stato. Al contrario di quanto avviene nel caso della sofferenza psichica, il soggetto che presenta dolore mentale, non è in grado di descriverlo con le parole, e quindi di comunicare agli altri la propria sofferenza. La sofferenza psicologica, a differenza del dolore mentale, può essere elaborata attraverso un percorso di elaborazione del lutto, Infine, il condividere il proprio vissuto con qualcuno non ne allevia il dolore mentale avvertito da un soggetto. Questi elementi indicano che la sofferenza psichica potrebbe essere elaborata attraverso la mente dei soggetti, mentre il dolore mentale risulta essere resistente all'elaborazione operata attraverso la mente dell'individuo. Secondo l'autrice il dolore mentale è un fenomeno "vivente"

al confine tra mente e corpo, un' indefinita costellazione di sensazioni di desiderio, impotenza e angoscia per cui il paziente non trova le parole o le rappresentazioni. Il dolore mentale è collegato ad esperienze traumatiche sottoposte ad una scarsa elaborazione mentale che hanno impedito l'emersione di contenuti a strutture mentali di elevati livelli di complessità, come la simbolizzazione o l'astrazione di significati.

Per Sandler (1962) è fondamentale nello sviluppo e nel funzionamento umano cercare di mantenere o di ristabilire un stato di benessere. Egli definisce il dolore fisico, psicogeno o psicologico, come una condizione derivata da una discrepanza ideativa, ovvero vi è una discordanza tra la rappresentazione dello stato reale del Sé e la rappresentazione ideale del Sé. Il primo stato è il risultato della percezione del singolo soggetto, il secondo è uno stato frutto di fantasie, di esperienze passate o ricordi di un precedente stato di benessere. Il Sé per Sandler è un modello mentale che funge da quadro di riferimento modificando continuamente le nostre esperienze conscie e inconscie, così come il nostro comportamento, mentre la rappresentazione di Sé è costituita dallo schema corporeo e dalle immagini mentali che una persona ha della sua persona a livello psicologico, relazionale e sociale. Per l'autore ogni dolore è psichico e consta in uno stato affettivo spiacevole che può essere accompagnato da un ampio spettro di contenuti ideativi. Il dolore spesso definito esclusivamente come una qualità emotiva spiacevole associata a danni tissutali, e quindi confinato al corpo, per Sandler invece il dolore rappresenta un elemento comune a tutti gli stati affettivi spiacevoli. Ne consegue che, ogni dolore è psichico in quanto rappresenta una particolare forma di esperienza a prescindere dalle sue caratteristiche. Nel caso del dolore fisico, le emozioni spiacevoli, sono associate alla discrepanza tra l'immagine del proprio corpo lesionato e la rappresentazione ideale del corpo conservata nella mente del soggetto. Questa condizione si verifica in presenza o in assenza di un concreto danno fisico. Il dolore mentale si palesa quando emerge una discordanza tra gli aspetti della rappresentazione del Sé. Per l'autore, il dolore costituisce un'opportunità per l'attivazione e la regolazione di risposte adattive, quali: la protesta e l'aggressività. Se non fosse percorsa questa via, l'Io potrebbe andare incontro a risposte patologiche nei confronti del dolore che possono favorire l'insorgenza di quadri psicopatologici.

Klein e colleghi (1974) svilupparono un modello dimensionale della depressione unipolare endogenomorfica basata su tre fattori neurobiologici specifici: piacere centrale inibito, dolore centrale disinibito e meccanismi facilitatori dell'inibizione psicomotoria. Il primo rappresenta un'incapacità di rispondere agli stimoli positivi interni ed esterni favorendo l'insorgenza di anedonia, riduzione dell'autostima e hopelessness (Tossani, 2013). Il secondo può essere descritto come "dolore psichico" e rappresenta una risposta eccessiva ad immagini e stimoli negativi: gli individui si sentono infelici, colpevoli e sperimentano dolorose ruminazioni (Ahearn et al., 2001).

Infine, il terzo equivale ad un ritardo psicomotorio, ad una diminuzione dell'energia e a un rallentamento di pensiero (Ahearn et al., 2001; Tossani, 2012). Carroll (1991) successivamente estese il modello Kleiniano agli stati maniaco depressivi. Nei pazienti maniacali, la disinibizione del centro del piacere comporta un risposta estremamente positiva alle immagini e agli stimoli che si riflette in un'eccessiva autostima, senso di grandiosità, aumento piacere derivato dall'ambiente, attività frenetica, invadenza e un ottimismo irrealistico per il futuro (Ahearn et al., 2001). L'inibizione del dolore centrale porta ad un'incapacità di percepire le qualità negative di se stesso e dell'ambiente circostante. In fine, rabbiosità, intolleranza, iperattività e sensazione di aumentata energia e flusso continuo di pensieri, caratterizzano il terzo fattore (Ahearn et al., 2001).

Frankl (1963) sostiene che la salute mentali poggia sulla tensione derivata dalla discrepanza tra ciò che una persona è e ciò che dovrebbe diventare. Questa tensione essendo intrinsecamente legata alla natura umana è necessaria al benessere psicologico. Il bisogno primario dell'uomo, non è quello di trovarsi uno stato privo di tensione, quanto piuttosto sforzarsi e lottare per un utile obiettivo, attraverso il richiamo di un significato in attesa di essere realizzato dell'individuo. Il paziente non ha consapevolezza del senso della propria vita e del motivo per il quale debba essere vissuta, pertanto si trova intrappolato in uno stato definito di vuoto esistenziale. L'autore, quindi ritiene che il dolore e la sofferenza mentale siano una forma di vacuum esistenziale causato dalla mancanza di motivazione, dal senso di vuoto interiore e dalla insensatezza. Questa sintomatologia può essere modulata solo attraverso adeguati valori capaci di fornire nuovamente un senso alla vita stessa. Il senso della vita differisce tra le persone e i momenti della giornata, pertanto, non esiste un significato della vita in generale quanto piuttosto un senso della vita personale in un dato momento. Secondo l'autore ogni situazione nella vita può rappresentare un'occasione di sfida e mettere l'uomo di fronte ad un problema da risolvere e il senso della vita essere rivisto in funzione dell'accaduto.

Baumeister (1990) nella sua teoria del suicidio, formula una definizione indiretta di dolore mentale. L'autore afferma che la motivazione principale che induce una persona a mettere in atto condotte autolesive è riconducibile al desiderio di fuggire da sé stessi. Il percorso verso il suicidio, secondo Baumeister, ha inizio con alcune esperienze negative i cui esiti cadono al di sotto delle aspettative del soggetto. Questi fallimenti, ricondotti dal soggetto alla proprie capacità e non per eventi o fattori esterni, danno luogo a conseguenze negative a proposito del Sé. L'autoconsapevolezza di sé è data dal confronto di sé con standard interni o esterni. Quando si ha la sensazione che il proprio sé non sia all'altezza di questi standard si sviluppano uno stato di alta avversiva consapevolezza di sé, tale concezione negativa di sé rende il soggetto fortemente cosciente della propria inadeguatezza e incompetenza. La persona sofferente cerca di far fronte a

questo stato di infelicità rifugiandosi attraverso la destrutturazione cognitiva in uno stato di intorpidimento mentale. Questa fuga parziale, lascia l'individuo desideroso di trovare mezzi adeguati a far cessare i pensieri e i sentimenti repulsivi.

Lo stato mentale destrutturato provoca una riduzione delle inibizioni, contribuendo così ad incrementare il desiderio di mettere in atto la condotta suicidaria. Suicidio quindi può emergere come una escalation della volontà della persona per sfuggire al dolore. In quest'ottica il dolore mentale è riconducibile ad una sempre maggiore consapevolezza negativa di sé, originata dalla crescente discrepanza tra il sé reale e quello ideale e può essere descritto come un senso di auto-delusione. Quando il dolore di auto-delusione raggiunge un livello insopportabile, il suicidio è scelto come una fuga dal dolore.

La teoria del suicidio di Shneidman (1993) fornì un ampio contributo allo sviluppo del concetto di dolore mentale, coniando il termine *psychache* per descrivere questa esperienza. Con questo termine l'autore si riferisce al dolore, all'angoscia, alla stanchezza, alle ferite, al dolore psicologico nella psiche (Shneidman, 1993, pag. 145). La fonte del dolore psicologico deve essere ricercata nella frustrazione di bisogni psicologici avvertiti come vitali dall'individuo (Shneidman, 1993). Tali bisogni si rifanno alla teoria della personalità di Murray (1938), in cui vengono suddivisi in bisogni modali e vitali: i primi sono bisogni con i quali l'individuo può convivere; essi definiscono la sua personalità e le funzioni quotidiane intrapsichiche e interpersonali. La seconda tipologia corrisponde ad alcuni bisogni psicologici, la cui frustrazione è intollerabile, al punto che l'individuo morirebbe per questi. Infatti, è la frustrazione di questi ultimi a far scaturire un insieme di emozioni negative quali, senso di colpa, vergogna, sconfitta, umiliazione e dolore, che possono trasformarsi in un'esperienza generalizzata di angoscia insopportabile definita perturbazione emotiva. Quando il dolore raggiunge la *psychache* e supera la soglia di tolleranza individuale (Shneidman, 1985) i soggetti propensi alla messa in atto della condotta suicidaria, nel tentativo di far cessare il dolore pongono fine alla loro vita. Il suicidio per Murray (1967) svolge una duplice funzione, permette agli individui di fuggire dal dolore e allo stesso tempo però di ottenere un beneficio a seguito di questa condotta. Pertanto, Shneidman definisce il dolore mentale come un'intensa esperienza originata dalla frustrazione dei bisogni essenziali per l'individuo, espressa attraverso sentimenti negativi (quali il senso di colpa, l'umiliazione, la tristezza, e paura) condensati in un unico stato emotivo chiamata perturbazione interiore. Il modello concettuale di Shneidman è stato successivamente ampiamente utilizzato da Holden Ronald, il quale nel corso degli ultimi 15 anni ha dimostrato come la *psychache* rivesta un ruolo da mediatore nella relazione tra la depressione e il rischio suicidario.

Il modello gerarchico di Bolger (1999) descrive tre stati del sé: il *Broken Self*, il quale esiste in relazione ad altre due categorie sovraordinate della concettualizzazione del sé, ovvero il *Covered Self* e il *Transformed Self*. La prima, si riferisce a un sé organizzato in modo più o meno stabile, capace di celare gli aspetti centrali del sé al di sotto di una facciata esterna; il suo sviluppo è scandito dall'impatto dell'interazione precoce del soggetto con gli altri significativi. Il secondo si evolve dallo stato di rottura, fino ad una modalità più adattiva, integrata e maggiormente centrata sui propri bisogni e scopi, pur restando consapevole del proprio vissuto di *Broken Self*. Il dolore emozionale, aspetto centrale del Broken self, può essere descritto attraverso fattori essenziali dell'esperienza, quali ferite, disconnessione, perdita e consapevolezza di sé oltre ad una serie di descrittori viscerali e spaziali. In particolare, il costrutto di dolore mentale si contraddistinguerebbe per il senso di distruzione, danneggiamento, per la ridotta capacità di funzionamento individuale, per la perdita di parti di sé, di coerenza interiore e di connessione con gli altri. Queste esperienze sono accompagnate da un senso di mancanza di controllo sugli eventi mentali negativi e da sentimenti di allarme e di panico. Pertanto, l'esposizione ad evento traumatico può generare nelle persone un dolore mentale derivato dalla percezione di un senso di frattura del sé. Questo vissuto emotivo porta alla rottura del *Cover Self* e allo stesso tempo alla disconnessione emotiva dagli altri. Analogamente a quanto affermato da Bakan (1968), Bolger sottolinea che l'individuo avverte dolore mentale quando, consapevole di essere separato dagli altri significativi, avverte un'impellente minaccia alla propria incolumità e di conseguenza viene evocata la paura di essere annientati (perdita di sé). Pertanto, anche questa teoria, riconduce alla centralità delle relazioni precoci. Il punto di vista di Shneidman si basa sugli effetti distruttivi del dolore mentale, mentre Bolger afferma che il senso di frattura rappresenta in alcune occasioni un'opportunità di crescita per l'individuo.

Allo stesso modo di Bolger, Orbach e collaboratori (2003a) fornirono una definizione e un'operazionalizzazione del dolore mentale ricorrendo ai principi dell'analisi del contenuto e della ground theory. Un'ampio campione Israeliano fu intervistato a proposito delle loro personali esperienze interiori di dolore mentale. Il contenuto delle risposte raccolte tra i soggetti, una volta codificato e trasformato in un item, è stato successivamente impiegato per la costruzione di uno strumento di valutazione. A seguito della somministrazione del questionario, gli autori sono stati in grado di delineare una nuova definizione di dolore mentale in quanto senso di perdita irrevocabile (irreversibilità), ferite narcisistiche e percezione di cambiamenti negativi nel sé e nelle sue funzioni (perdita di controllo, flooding, estraniamento, freezing, confusione e vuoto) accompagnato da sentimenti e cognizioni negative causate dalla perdita di sé e degli altri (auto-delusione e inibizione degli obiettivi). Questa accezione del costrutto ha consentito di vedere il

dolore mentale come una condizione esistenziale di base, coinvolta nel normale processo di sviluppo e non solo nell'ambito psicopatologico (Orbach et al., 2003b; Bion, 1970). Conformemente a quanto affermato da Shneidman, gli autori riconoscono la soggettività dell'esperienza dolorosa distinta a sua volta da altre emozioni o stati mentali negativi, quali depressione e ansia. E' evidente la presenza di numerosi punti di incontro tra questo modello teorico e quelli elaborati da Bolger e Shneidman, un'esemplificazione è rappresentata dagli aspetti legati al senso di perdita del sé e del tumulto emotivo (Orbach et al., 2003b).

Il concetto di dolore sociale fu introdotto da Panksepp, evidenziando come il sistema di attaccamento sociale fosse sviluppato a partire da un sistema di regolazione primitiva, come ad esempio quello preposto alla termoregolazione (MacDonald e Leary, 2005). In particolare Panksepp (1998), afferma che, dato il prolungato periodo di immaturità e il bisogno di cure materne tipico dei bambini, i meccanismi coinvolti nell'individuazione e nella prevenzione del dolore fisico sono entrati a far parte del sistema di attaccamento allo scopo di identificare ed evitare la separazione sociale. Questo meccanismo potrebbe essere estremamente importante per gli esseri umani la cui sopravvivenza è legata a quella degli altri nel corso della loro intera vita. Nel tentativo di espandere la visione di Panksepp, alcuni autori hanno messo in relazione il dolore sociale con le reazioni psicofisiche umane generate dall'esclusione sociale, virando verso un'ideazione interpersonale del dolore. Ne consegue che per dolore sociale si intende un'esperienza angosciante che emerge a seguito della percezione dell'attuale o potenziale distanza psicologica dagli altri significativi o dal gruppo sociale (Eisenberger e Lieberman, 2004). Questa definizione si affianca alla concezione di Bowlby del sistema di attaccamento infantile dove la distanza fisica dal caregiver viene monitorata suscitando angoscia ogni volta che una certa distanza viene superata e allo stesso tempo, stabilisce il senso di distanza psicologica a cui gli adulti sono sensibili. Gli studi condotti hanno rilevato una sovrapposizione dei processi neurologici alla base del dolore fisico e di quello psichico. In termini evolutivi, questa sovrapposizione rappresenterebbe, da una parte una risposta adattiva, dato che i giovani mammiferi continuano ad aver necessità delle cure materne al fine di ovviare ai pericoli e alle necessità di accudimento; dall'altra il protrarsi della necessità e dell'immaturità, tipica dei mammiferi, favorisce la nascita del bisogno di mantenere una connessione sociale e un corrispondente senso di angoscia nel momento in cui questa connessione sociale dovesse venire meno. Dobbiamo tenere in mente che il dolore sociale dovrebbe essere considerato come una tipologia di dolore emotivo (Macdonald e Leary 2005). Esistono numerose evidenze a riguardo del ruolo giocato dall'autostima sulla salute psicologica e in particolare sullo stato della connessione sociale (Leary, Schreindorfer e Haupt, 1995). Ad elevati livelli di autostima corrisponde sia un elevato livello di benessere psicologico sia un ridotto grado di rifiuto sociale.

Pertanto, l'autostima potrebbe essere considerata come indice dello stato d'inclusione al fine di prevenire l'esclusione. A causa dell'importanza rivestita dai legami sociali per la sopravvivenza umana, per il singolo individuo è importante essere capace di valutare il grado d'accettazione e di rifiuto entro il gruppo sociale. Studi recentissimi (Campos e Holden, 2015) hanno, tuttavia, ottenuto dati contraddittori a tale proposito, sembrerebbe in fatti che il rifiuto da parte dei genitori, non sia direttamente legato all'insorgenza di uno stato di dolore mentale. Questa relazione sarebbe in realtà mediata dalla depressione.

Mee e colleghi (2006) definiscono il dolore psicologico come una sensazione estremamente avversiva basata sulle emozioni che può essere vissuta come un tormento. Il dolore psicologico, analogamente al dolore fisico, può essere considerato un'esperienza soggettiva in risposta a stimoli psicologici negativi. Mee e collaboratori (2006) furono i primi ad indagare ed a individuare una sovrapposizione tra le aree cerebrali attivate dal dolore indotto da una lesione organica e quelle del dolore psicologico.

Meerwijk e Weiss (2011) a seguito di una disamina della letteratura, hanno individuato cinque differenti prospettive teoriche del costrutto di dolore psicologico: Joffe e Sandler (1967), Shneidman (1993), Bolger (1999), Morse (2001) e Rehnsfeldt e Eriksson (2004).

Gli autori definiscono il dolore psicologico come una sensazione duratura, insostenibile, e sgradevole derivante da una valutazione negativa delle proprie capacità o da un'inadeguatezza del proprio sé. Il dolore insorge come esito di una valutazione cognitiva dove il sé si rivela deficitario o frammentato. Questa valutazione generalmente è causata dalla perdita o dall'impossibilità di raggiungere un esito o un oggetto (nella sua accezione Freudiana) estremamente importante al fine di poter soddisfare un bisogno psicologico vitale. Meerwijk, Chesla e Weiss (2014), e Meerwijk, Ford e Weiss (2015) sono stati i primi ad indagare il rapporto esistente tra dolore psicologico e alcuni marker neurofisiologici (attività prefrontale valutata tramite EEG e la variabilità della frequenza cardiaca).

La sofferenza, secondo la definizione di Eric Cassel (1982), è uno stato di grave angoscia associato a eventi che minacciano l'integrità della persona, è caratterizzato da una percezione soggettiva di rottura dell'equilibrio alla base del benessere psico-sociale e biologico, tale stato perdura fino a quando la minaccia è superata o in un qualche modo è ripristinata l'integrità della "*personhood*" (Cassell, 2004).

Tom Sensky considera la sofferenza come uno stato psicologico, inoltre quando è causata dal dolore può assumere caratteri di corporeità e risulta strettamente influenzata da fattori culturali. Inoltre, quando il dolore è difficile da controllare può essere fonte di sofferenza, in particolare se ostacola il normale svolgimento della vita quotidiana e non è possibile intravederne una

risoluzione. I due termini non sono sinonimi, dal momento che la sofferenza può essere presente anche in assenza di dolore, e viceversa. La differenza principale tra dolore e sofferenza consiste nel fatto che mentre il dolore è di solito localizzabile in una parte del corpo, la sofferenza è sempre associata alla persona nella sua interezza. È possibile alleviare la sofferenza dando l'opportunità alla persona di ridefinire la *personhood* attraverso ad esempio la creazione di un rapporto medico-paziente basato sulla narrazione della propria storia personale e sulle capacità di ascolto del terapeuta (Sensky, 2010).

1.7. Caratteristiche del dolore mentale

Sulla base delle analisi in merito al costruito ed ai modelli teorici del dolore mentale, possiamo definire il dolore come un'esperienza emozionale negativa. È possibile individuare quattro caratteristiche fenomenologiche principali del dolore mentale.

La prima è la persistenza (Meerwijk et al., 2013), nonostante il dolore mentale possa avere un'insorgenza acuta nel tempo, questa sensazione è duratura e richiede molto tempo prima di una possibile risoluzione, durante questo lasso di tempo l'intensità della condizione dolorosa può oscillare.

La seconda è l'irreversibilità (Orbach et al., 2003a), il soggetto avverte la sensazione di aver perso qualcosa o di trovarsi di fronte ad un ineluttabile cambiamento negativo, al quale non trova soluzione.

La terza è l'insostenibilità (Shneidman, 1993), l'individuo può sopportare tale condizione per un tempo prolungato, la sua risoluzione permette di evitare l'insorgere di conseguenze negative per la salute. A tale proposito Shneidman, ha introdotto l'aspetto della soglia di tolleranza del dolore, affermando che la capacità di tollerare il dolore psicologico, e quindi d'incrementare la propria soglia di tolleranza, è una caratteristica individuale. Le conseguenze di una esposizione prolungata, come vedremo a seguire, possono diventare anche estreme, come nel caso del suicidio (Shneidman, 1993).

L'ultima caratteristica è l'incomunicabilità (Fleming, 2006), il soggetto che presenta dolore mentale non è in grado di descrivere con parole proprie, e quindi di comunicare agli altri, la condizione in cui versa. Secondo alcuni autori (Horesh, Levi e Apter, 2012) una ridotta propensione alla self-disclosure, sembrerebbe, trarre origine da variabili personologiche quali l'alessitimia. Sulla base dei dati raccolti nel corso di una ricerca, Levi e colleghi (2008) hanno dimostrato come la limitata capacità espressiva sia riconducibile alla letalità del gesto suicidario.

Di seguito sono elencate le principali situazioni che possono essere considerati come fattori che determinano il dolore mentale.

a) La perdita di qualcosa o qualcuno (Freud, 1926; Bolger, 1990). Freud (1926) nel corso della stesura della seconda teoria sull'angoscia, si interroga su quando la separazione dall'oggetto generi angoscia, quando lutto o solamente dolore. Il ragionamento utilizzato per rispondere a tale quesito, trae origine da una situazione in cui un lattante scorgendo una persona estranea, non essendo in grado di distinguere la mancanza temporanea dalla perdita duratura, reagisce mostrando angoscia e dolore allo stesso tempo. La situazione in cui il bambino sente la mancanza della madre è vissuta da quest'ultimo come situazione traumatica poiché egli avverte un bisogno che la madre è chiamata ad appagare. Diventa una situazione di pericolo qualora il bisogno non sia presente. Attraverso ripetute esperienze di soddisfacimento, fonte dello sviluppo dell'oggetto madre, il bambino apprende che alla sparizione fa seguito la ricomparsa della madre placando così la propria angoscia. L'apparizione intermittente della madre suscita nostalgia nei suoi confronti. In dolore mentale nell'adulto, quindi, sarà una manifestazione dell'arcaica nostalgia materna. Freud (1925) afferma "il dolore è la reazione propria alla perdita dell'oggetto, l'angoscia la reazione al pericolo che tale perdita implica, e, in uno spostamento ulteriore, la reazione al pericolo della perdita dell'oggetto in quanto tale." (Freud, 1925; p.315). Il lutto, invece, si presenta come ulteriore reazione emotiva alla perdita dell'oggetto che avviene sotto l'influenza dell'esame di realtà il quale pretende dalla persona in lutto una definitiva separazione dall'oggetto, dato che questo non esiste più. In questo modo, Freud chiarisce la distinzione tra il lutto e il dolore mentale, etichettando il lutto come una perdita particolare di un oggetto, particolare perché l'oggetto "non esiste più" (Freud, 1925; p.317).

b) Il fallimento nel raggiungere o soddisfare un bisogno (Sandler, 1980; Baumsteir, 1990). La fonte del dolore è da ricercare nella distanza tra quanto è percepito dall'individuo e il suo ideale di riferimento. Questo gap favorisce l'attivarsi di un processo di ristrutturazione cognitiva diretto a rimodellare la consapevolezza degli aspetti e dei significati che non raggiungono gli standard della propria immagine ideale. La rimozione di significati dalla consapevolezza rende impossibile far emergere delle discrepanze tra la percezione di sé e gli ideali a tale proposito, viene definita destrutturazione cognitiva. È qui che il suicidio entra in gioco come soluzione al dolore psicologico. Quando l'individuo non è in grado di ridimensionare o rendere positivo il senso di minaccia il suicidio rappresenta la miglior soluzione per far cessare le emozioni negative e la dolorosa consapevolezza della propria inadeguatezza. Lo stato di destrutturazione della consapevolezza, porta con sé la rimozione di alcune barriere interne, favorendo lo sviluppo di fantasie e la messa in atto di alcune azioni, come ad esempio, l'autolesionismo, i comportamenti

criminali e il suicidio. In questo stato il soggetto non è in grado di valutare razionalmente le conseguenze del suicidio poiché il suo unico obiettivo è allentare o vanificare l'esperienza dolorosa.

c) Le frustrazioni di alcuni bisogni vitali (Shneidman, 1993). Il dolore psicologico, elemento cardine per la messa in atto del comportamento suicidario, è generato, spinto e alimentato dalla frustrazione, dal blocco o dalla neutralizzazione dei bisogni psicologici (Shneidman, 1993). Secondo Shneidman, le due categorie di bisogni individuate da Murray (1938), si combinano tra loro, restituendo il quadro personologico del soggetto e di conseguenza le sue specifiche fragilità rispetto al suicidio. Murray concettualizza e classifica la personalità, in base alle caratteristiche di questi bisogni. La personalità è definibile come un insieme di pattern individuali che persistendo nel tempo, riescono a caratterizza ogni singolo individuo. Questa stabile, coerente e unica organizzazione interna, incide sul comportamento, il pensiero ed le emozioni di ogni individuo. Pertanto, i bisogni, a livello personologico rappresentano una fonte di forza motivazionale, sia in termini di intensità che di direzione, capace di veicolare i comportamenti, influenzare gli atteggiamenti, i pensieri e precipitare i differenti stati emotivi a seconda della loro frustrazione o appagamento. La tassonomia dei bisogni psicologici di Murray (1938) si compone di circa 20 elementi, tuttavia, Shneidman (2005) decide di organizzarli in cinque differenti temi: (1) amore contrastato, accettazione e appartenenza - in relazione ai bisogni di supporto e di affiliazione frustrati; (2) rottura del controllo, della prevedibilità e delle disposizioni - in relazione ai bisogni frustrati di realizzazione, autonomia, ordine e comprensione; (3) attacco alla propria immagine ed evitamento dell'esperienza di vergogna, sconfitta, umiliazione e disgrazia - in relazione alla frustrazione di bisogni di affiliazione, difesa e vergogna-evitamento; (4) rottura delle relazioni chiave, partecipazione al dolore e lutto - in relazione ai bisogni frustrati di affiliazione e protezione familiare; (5) eccessiva, rabbia, collera e ostilità - in relazione ai bisogni di dominio, aggressività e contrattacco. L'autore (1993), conclude che i bisogni principali, legati al concetto di suicidio, sono: il bisogno di dominanza, autonomia, contrattacco, supporto, affiliazione e ordine. Shneidman (1993) afferma che "ci sono molte morti prive di scopi, ma mai un suicidio privo di bisogni". Quando i bisogni, o la libertà psicologica di avere tali bisogni, frustrati, vengono individuati e affrontati, il dolore ingenerato da quest'ultimi si ridurrà il livello di dolore psicologico ed evitare così la messa in atto del suicidio (Shneidman, 1993; 2005). Il bisogno di affiliazione, riconosciuto dallo stesso Shneidman come centrale, svolge un ruolo cardine nel modello del dolore sociale creato e sviluppato da Eisenberg e Lieberman (2004). Le relazioni con gli altri, sia nell'infanzia che nell'età adulta rappresentano una risposta adattiva alla minaccia alla propria

sopravvivenza. La dipendenza da un caregiver e la successiva appartenenza ad un gruppo sociale sono fonte di protezione verso il dolore derivato dalle esperienze di esclusione sociale.

Le conseguenze del dolore possono essere raggruppate entro due categorie, una positiva e l'altra negativa. Nella categoria di quelle positive abbiamo la crescita personale, Bolger (1999) ritiene che la sensazione di disintegrazione del sé dovuta ad un evento traumatico sia la causa del dolore e allo stesso tempo costituisca un'opportunità per il cambiamento. Durante il periodo di disintegrazione, la persona deve provvedere a riorganizzare e ricostruire il proprio sé e negoziare nuovamente le relazioni con gli altri. La disintegrazione viene considerata di frequente un'occasione fondamentale per la propria crescita personale, anzitutto quando la frattura interna ha giocato un importante ruolo nel determinare la struttura del sé dell'individuo. Nel caso si verifichi questa condizione, l'evento traumatico, provoca la frattura della struttura cresciuta a seguito della precedente esperienza traumatica, eliminando quanto di disfunzionale è presente e allo stesso tempo rivelando quanto vi è di disintegrato a livello interiore. Il rivelare, aiuta l'individuo a comprendere il proprio ruolo nello sviluppo di sé, nelle interazioni con gli altri e nella anomalia che cresce.

Nella categoria positiva abbiamo anche la sofferenza come mezzo di guarigione. Morse (2001) identifica due comportamenti diametralmente opposti per quanto riguarda lo stato di sofferenza. La condizione di resistenza, che si presenta come risposta ad una possibile minaccia all'integrità del Sé, blocca la risposta emotiva permettendo così all'individuo di funzionare adeguatamente nella propria vita quotidiana. Tuttavia, nonostante esso rappresenti un comportamento normale e necessario, l'internalizzazione di queste emozioni e di conseguenza il carico energetico ad esse associato, devono prima o poi trovare una via di sfogo. Lo stato di sofferenza emozionale, di contro si caratterizza per il rilascio delle emozioni. La persona in questo stato è fortemente triste e tendenzialmente parla a chiunque voglia ascoltarla, ripetendo loro la storia della perdita che ha dato origine allo stato di sofferenza emotiva, più e più volte, come a convincersi della realtà negativa. Il rapporto tra i due stati non è lineare, infatti gli individui, procedono in avanti per poi tornare indietro tra la fase di resistenza e quella di sofferenza emotiva. La natura, così come l'intensità dell'esperienza variano nel corso del tempo, in base al contesto e alle distrazioni presenti. Quando gli individui non riescono più a tollerare la condizione in cui si trovano, sia essa di resistenza di rivelazione, ricorreranno a specifiche strategie di fuga che richiedono un dispendio o meno di energia. L'individuo, approda ad una fase di resistenza, quando riconosce che l'evento traumatico ha avuto luogo; quando acquisisce la certezza che l'evento si sia realmente verificato, entra nella condizione di rivelazione emotiva. Quando una persona ha "sofferto abbastanza" la speranza per un futuro alternativo e migliore cresce, al contempo vengono stabiliti obiettivi

realistici, e le strategie per raggiungerli vengono messe a punto. A questo punto, una persona è in grado di accettare il significato di ciò che nella propria vita è andato perduto e insieme all'idea di avere un futuro differente da quello ipotizzato in precedenza. Accettata la perdita, la condizione di speranza porta la persona dalla condizione di disperazione alla riformulazione del Sé e del proprio futuro. La sofferenza, diventa quindi uno strumento di cura necessario. Una volta che la sofferenza viene elaborata, le persone riferiscono di rivalutare e vivere più a pieno la loro vita avviandosi così verso la guarigione attraverso una riduzione del dolore. Concludendo, l'autrice afferma che le persone a seguito della sofferenza, hanno ricostruito la loro vita e si definiscono arricchiti da questa esperienza di sofferenza. Queste persone, sentono l'esigenza di sostenere le altre persone che ora soffrono o di parlare pubblicamente delle loro precedenti esperienze.

Le tre principali conseguenze negative sono di seguito elencate.

1) Il dolore mentale sembra che possa contribuire all'insorgenza di un disturbo mentale. Gli individui che si trovano ad affrontare eventi di vita stressanti possono sperimentare un tale dolore psicologico da trovarsi a rischio di sviluppare depressione o mettere in atto il suicidio (Mee et al., 2006). A tale riguardo, vi sono numerose evidenze a proposito della relazione tra eventi di vita e l'insorgenza di episodi depressivi nel corso dell'intera vita (Mitchell et al., 2003; Paykel, 2003). Nonostante, la presenza di eventi di vita si verifichi in diversi quadri diagnostici, è la depressione a mostrare il maggior tasso di presenza di questi eventi, fatta eccezione per le persone che tentano il suicidio. Questi soggetti secondo l'autore sono tendenzialmente giovani e non soddisfano i criteri per una diagnosi di depressione. Paykel afferma che nel disturbo depressivo unipolare, il concetto di perdita ha assunto un ruolo cardine. Per perdita si intende, la separazione interpersonale, il lutto, la perdita di autostima e altri tipi di perdite. Guimarães e colleghi nel 2014 hanno raccolto evidenze a proposito della capacità del dolore mentale di dar vita a comportamenti di dipendenza. Infatti, utilizzando il proprio corpo come strumento per dissipare l'angoscia, i tossicodipendenti ricorrono alle sostanze psicotrope per fare fronte allo stato di sofferenza in cui versano e in particolare al dolore mentale. La vulnerabilità del soggetto associata alle esperienze dolorose, in questo caso, viene controllata attraverso l'assunzione di sostanze nonostante queste non soddisfino affatto le esigenze individuali. Pertanto, la necessità di controllare il dolore mentale, responsabile del comportamento di dipendenza, diviene l'aspetto centrale del comportamento di dipendenza. Holm e Severinsson (2008) hanno dimostrato attraverso una revisione della letteratura che il dolore emotivo è connesso a conflitti emotivi per poi culminare nella messa in atto di condotte autolesive. I comportamenti autolesivi, pur essendo rappresentativi di un sintomo transnosografico, nella maggior parte dei casi essi sono associati alla diagnosi di disturbo della personalità borderline. Queste condotte possono essere viste come un meccanismo di difesa, di protezione durante

l'esposizione a minacce oppure a situazioni traumatiche che non hanno lo scopo di indurre la morte, quanto piuttosto di ledere il proprio corpo. Valutando individui affetti da un disturbo borderline di personalità, alcuni autori hanno scoperto che l'autolesionismo si basa sull'esperienza di dolore emotivo vissuto, terminando con il desiderio di essere morto (Holm e Severinsson, 2010).

2) Il dolore mentale, secondo alcuni autori, potrebbe giocare un ruolo nell'insorgenza di alcuni disturbi fisici. Nel ventesimo secolo emerse la concezione dei sintomi somatici come mezzo per comunicare il dolore psicologico agli altri (Wickramasekera, 1989). La somatizzazione è l'esito di una perturbazione psicologica interiore mostrata a livello corporeo e sperimentata come sintomatologia fisica. Gli individui in questa situazione sono vulnerabili al bisogno o il desiderio di trovare un sollievo sintomatologico dalla condizione di dolore psicologico (Smith e Conway, 2009). Il dolore emotivo potrebbe essere trasmutato in dolore fisico, innanzitutto perché la sintomatologia fisica è più accettata dal punto di vista socioculturale rispetto ai prodromi di natura emotiva o psicologica (Buskila e Cohen, 2007). L'approccio biopsicosociale, rifiutando la visione dicotomica di dolore, sostengono che tutte le forme di dolore, incluse quelle psicogene e quelle somatoformi, siano influenzate allo stesso tempo da fattori fisici e psicosociali, e si basano su un substrato neurobiologico. Numerosi dati derivati dagli studi di neuroimaging funzionale hanno dimostrato una attivazione analoga tra vie del sistema nervoso centrale nel dolore fisico e in quello mentale. In particolare, la corteccia prefrontale, il cingolato anteriore, l'insula (Mee et al., 2006) e il talamo (Meerwijk et al., 2013). In particolare, la corteccia cingolata dorsale anteriore sembra giocare un ruolo fondamentale nell'integrare le diverse componenti – fisica, emotiva e cognitiva - dell'esperienza dolorosa.

3) Il suicidio è indubbiamente la conseguenza più radicale del dolore mentale. Shneidman, riconosce al dolore mentale la capacità di causare il suicidio. Nel corso degli anni sono state condotte numerose ricerche in grado di dimostrare come il dolore mentale, abbia una funzione di mediatore tra l'intenzione suicidaria e la depressione (Holden et al., 2001; Pereira et al., 2010; Campos e Holden, 2015;). Queste ricerche, oltre a dimostrare la relazione diretta che intercorre tra dolore mentale e suicidio, hanno permesso di discernere tra il dolore stesso e altri due costrutti storicamente considerati affini, come la depressione e l'hopelessness (Mills et al., 2005; DeLisle e Holden, 2009). Tuttavia, è necessario ricordare che il dolore mentale non necessariamente conduce al suicidio, questo dipende dalla diversa soglia di tolleranza al dolore che ogni singolo soggetto è in grado di tollerare prima che il dolore diventi insopportabile (Shneidman, 1993).

1.8. Misurazione del dolore mentale

Il problema principale nella valutazione del dolore è la straordinaria difficoltà che il paziente affronta nel fornire una descrizione dell'esperienza dolorosa dal punto di vista della qualità: maggiore è la componente psicogena del dolore più difficoltà incontrerà il paziente nell'esprimere tramite parole il proprio dolore (Sims, 2004). Significati personali, esperienze precedenti e apprendimento si uniscono per poi agire di concerto con intensità, qualità e durata dell'esperienza dolorosa (Ercolani e Pasquini, 2007).

Seguendo le linee guida PRISMA, abbiamo messo a punto una ricerca volta ad indagare gli strumenti attualmente preposti a fornire una valutazione del dolore mentale:

- quantitativa, di natura autovalutativa;
- indiretta (attivazione cerebrale, battito cardiaco e registrazione elettrica dell'encefalo, recettori oppioidi);

Non sono stati posti vincoli per quanto riguarda la lingua e l'anno di pubblicazione. Sono stati inclusi studi in cui il campione avesse un'età compresa tra i 18 e i 65 anni. Saranno escluse le ricerche condotte su animali e le tesi di dottorato. I tre database elettronici consultati comprendevano: PsychInfo, PubMed (MedLine), Web of Science. Le parole chiave utilizzate erano: dolore mentale, dolore psicologico, sofferenza emotiva, dolore psichico, psychache e dolore emotivo, combinate tra loro con l'operatore Booleano 'OR'. Consapevoli del fatto che avremmo dovuto redigere una lista comprensiva di ogni possibile sinonimo dei termini strumento o valutazione, abbiamo volutamente ommesso vocaboli finalizzati a descrivere le tipologie di strumenti o di valutazione volte a veicolare in qualche modo la ricerca riguardante gli strumenti da impiegare. Il motivo è da ricercare nel fatto che, non usando nessun termine, possiamo potenzialmente selezionare tra l'intero bacino di modalità valutative. Gli abstract sono stati controllati da due revisori e i record rilevanti sono stati recuperati e valutati in modo indipendente da due revisori. I revisori, in caso di disaccordo, hanno raggiunto il consenso per quanto riguardava l'ammissibilità. La ricerca ha prodotto un totale di 2659 records.

1.8.1 Strumenti psicometrici autovalutativi

Dopo aver consultato gli abstract, i revisori hanno eliminato 2624 record, in quanto non soddisfacevano i criteri di inclusione, erano duplicati oppure non era stato possibile reperirne il full text. Dei 35 articoli rimasti, 4 sono stati successivamente eliminati poiché gli strumenti

individuati non fornivano una valutazione del costrutto di dolore, nonostante adoperassero questa etichetta per descriverlo. Allo stesso tempo, sono stati selezionati altri due articoli a seguito della consultazione dei riferimenti bibliografici dei lavori presi in esame.

Di questi, 33 sono articoli in cui il costrutto di dolore mentale viene indagato attraverso almeno uno dei seguenti dieci strumenti autovalutativi:

- *Suicide Status Form* (SSF; Jobes e Berman; 1993). È uno strumento di valutazione relativamente breve che indaga il presentarsi della sintomatologia suicidaria in un individuo. Esso si compone di sei domande autovalutative e da una serie di domande compilate dal clinico. La parte destinata al paziente include cinque item, costruiti su di una solida base teorica, pensati per la loro rilevanza a proposito del suicidio, e valutati attraverso una scala Likert a 5 punti. Gli argomenti su cui vertevano questi primi cinque items, nello specifico, sono: dolore psicologico, stress, agitazione, hopelessness, odio rivolto verso sé stessi. Il sesto item fornisce una valutazione generale sul rischio di suicidio. Le informazioni raccolte dal clinico riguardano lo stato del suicidio (ideazione, tentativo di suicidio, ecc.), la presenza di un piano, l'accesso a potenziali strumenti, la storia suicidaria, l'uso di sostanze, le perdite significative, l'isolamento interpersonale, e la psicopatologia (Jobes et al., 1997). Le sei domande completate dal paziente, vengono poi completate dal clinico separatamente. I primi tre item (dolore, stress e agitazione) vengono tratte dal modello cubico del suicidio di Shneidman, secondo il quale la messa in atto del suicidio corrisponde alla convergenza di queste tre dimensioni. Il quarto item è tratto dal lavoro di Beck a proposito della prominenza dell'hopelessness nella messa in atto della condotta suicidaria. In particolare, questo sintomo rifletterebbe la spinta motivazione necessaria ad attuare il suicidio in quanto fuga da una situazione insopportabile. Il quinto item, riconducibile al modello teorico di Baumeister, rimanda all'idea del suicidio come fuga da sé stessi. Il sesto item è finalizzata alla valutazione del potenziale rischio suicidario. La valutazione del dolore mentale nell'SSF è limitata ad un solo item. Questo rende impossibile cogliere la multidimensionalità del costrutto di dolore mentale. Inoltre, lo strumento è stato sviluppato allo scopo di valutare il rischio suicidario, pertanto la valutazione è centrata su questo obiettivo.
- *Multidimensional Affect and Pain Survey* (MAPS; Clark et al., 1995). Tale strumento valuta l'impatto multidimensionale del dolore, si compone di 101 descrittori, posti all'interno di brevi affermazioni allo scopo di chiarirne il significato. I 101 descrittori sono stati selezionati a partire da una lista di 270 termini creata da Melzack e Torgerson (1971). La struttura del MAPS è basata su di un dendrogramma ottenuto attraverso l'analisi dei cluster multivariata. Questi 101 termini, raggruppati a seconda della loro posizione nel dendrogramma, stabiliscono la struttura

del MAPS. Le affermazioni sono ricondotte all'interno di tre dimensioni: somatosensoriale, emozionale e del benessere. Il supercluster del dolore somatosensoriale contiene 57 frasi che descrivono i diversi gradi del dolore sensoriale e le corrispettive qualità somatosensoriali raggruppate in 17 subcluster. Il subcluster del dolore emotivo contiene 26 locuzioni che delineano le qualità emotive negative e altre sensazioni soggettive raggruppate in 8 subcluster. Il supercluster del benessere include 18 frasi sulla salute e le emozioni positive racchiusi in 5 subcluster. Analogamente all'SSF, il MAPS, non può essere considerato uno strumento adeguato alla valutazione del dolore mentale, poiché la parziale valutazione del dolore emotivo, attraverso il rispetto supercluster, fornisce una valutazione dell'aspetto emotivo a seguito o in corrispondenza di evento fisico. In altre parole, questo strumento, riprendendo l'accezione tripartita del dolore formulata di Melzack e Wall (1965), quando fa riferimento alla dimensione del dolore emotivo, altro non fa che valutare la componente emotiva che emerge a seguito di un reale o potenziale danno tissutale.

- *Multiple Visual Analogical Scales for Bipolarity (MVAS-BP; Ahearn & Carroll, 1996)*. Facendo riferimento al modello psicobiologico della bipolarità di Carroll e a quello Kleiniano di disturbo bipolare, gli autori hanno sviluppato uno strumento diretto ad indagare il tono dell'umore attraverso scale visuo-analogiche. Lo strumento si compone di un item per la valutazione globale (VAS) dell'umore del paziente e di 25 item collocati entro quattro scale: ricompensa gratificante (7 item), ricompensa incentivante (2 item), dolore centrale (7 item), regolazione psicomotoria (7 item) e rabbia (2 item). Ciascuno item è rappresentato da una linea lunga 100 mm ai cui estremi sono poste affermazioni adeguate a esprimere gli estremi maniacali e depressivi di ogni sintomo. Le risposte che si collocano al punto 50mm, corrispondono allo stato eutimico, e ottengono un punteggio pari a zero. Il risultato totale ci dà la misura dello stato affettivo dell'individuo. Ad una risposta collocata sull'estremo depressivo viene attribuito un punteggio pari a - 50, mentre nel caso in cui la risposta cadesse sull'estremo maniacale verrebbe attribuito un punteggio di + 50. Questo questionario auto-valutativo permette, allo stesso tempo, di ottenere una misura specifica sia dell'intensità sintomatologica sia delle principali variabili del modello. Nonostante questo strumento contenga caratteristiche importanti al fine di diagnosticare un disturbo bipolare, e alcuni item rilevanti per il concetto di dolore mentale, è evidente che esso non è stato creato per valutare quest'ultimo costrutto.
- *Psychological Pain Assessment Scale (PPAS; Shneidman, 1993)*. Il PPAS uno strumento finalizzato alla valutazione dello stato interno di un individuo, attraverso il resoconto della propria esperienza di dolore psicologico, il soggetto fornisce dettagli sulla storia, le caratteristiche del proprio vissuto e le minacce psicologiche più rilevanti per sé stesso. La PPAS

rappresenta un tentativo di indagare l'intensità della psychache attuale e peggiore, usando non solo scale non ancorate per la misurazione della gradazione dell'intensità dell'esperienza dolorosa e una checklist per le emozioni esperite, ma ricorrendo anche a stimoli visivi (immagini). L'uso di quest'ultimo tipo di stimoli è un'evidente richiamo ai principi alla base del Thematic Apperception Test (TAT) di Murray (1935) e di conseguenza a tecniche di valutazione di natura proiettiva. Nella prima pagina dello strumento sono richiesti alcuni dati sociodemografici, inoltre, viene presentato brevemente il concetto di dolore psicologico e definito lo scopo della ricerca. Successivamente, il soggetto potrà stimare l'attuale stato della propria psychache su di una scala da 1 a 9. Nella seconda pagina sono presenti 10 immagini, come nel TAT, a proposito delle quali il soggetto è chiamato a valutare la propria esperienza di dolore mentale, a partire dalle loro principali caratteristiche su una scale che oscilla tra 1 e 9. I punteggi assegnati alle domande sono stati calcolati. Nella pagina numero tre, i soggetti devono, su una scala da 1 a 9, valutare la peggiore esperienza di dolore psicologico. Inoltre, la pagina contiene un elenco di 28 diverse emozioni, tra le quali il soggetto doveva selezionare quelle più pregnanti nel momento in cui si era verificata l'esperienza dolorosa. Infine, vengono brevemente indagate anche la tipologia e la letalità dell'atto suicidio. La pagina numero quattro richiede ai soggetti di scrivere un racconto per descrivere il momento in cui era presente il peggiore dolore psicologico mai provato. In ogni modo, oltre ad essere scarsamente impiegato, ha mostrato una scarsa affidabilità sia alla valutazione del presente ($r= 0.26$) che quelle del peggiore vissuto ($r= 0.36$; Leenaars e Lester, 2005) e una modesta validità (Mee et al., 2006; Leenaars e Lester, 2005). Come affermato dallo stesso autore, lo scopo del PPAS è quello di esplorare il costrutto di psychache, sia essa presente o passata, in virtù della relazione che intercorre tra quest'ultima e il comportamento suicidario, (Shneidman, 1999). Inoltre, come sostenuto anche da Leenaars e Lester (2005), una solida misurazione della psychache dovrebbe essere una scala a più item. Il rischio corso nell'utilizzare scale di valutazioni composte pochi item è quello dover essere usate all'interno di una batteria testistica se si vuole cogliere il fenomeno nella sua interezza e non solo per alcuni dei suoi aspetti. Pertanto, questo strumento non si rivela molto adeguato alla valutazione del costrutto di dolore mentale.

- *Psychache Scale* (PAS; Holden et al., 2001). È una scala self-report composta da 13 item, valutati su una scala Likert a 5 punti, diretto a verificare l'ipotesi teorica di Shneidman relativamente alla psychache, in quanto dimensione rilevante per il rischio suicidio. La scala fu sviluppata e costruita utilizzando un campione di studenti universitari. Lo studio di validazione dello strumento rivela una coerenza interna e una validità di criterio forte, oltre ad una buona validità incrementale rispetto alle altre misure degli antecedenti psicologici, quali depressione

e hopelessness, delle condotte suicidarie. Pertanto, Holden, con la sua operazionalizzazione del dolore mentale fornisce un'evidenza alla teoria della psychache. Le proprietà psicometriche della scala si sono dimostrate adeguate, con parametri dell'affidabilità della scala superiori allo 0.90 sia in campioni di studenti universitari (Holden et al., 2001; Troister e Holden, 2010, 2012; Pereira et al., 2010) che in campioni di soggetti pregiudicati (Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010). La PAS si è rivelata capace di distinguere tra coloro che tentano il suicidio e non (Holden et al., 2001), oltre a predire statisticamente la tendenza di una persona a mettere in atto il suicidio quando gli effetti della depressione e dell'hopelessness sono controllati (Troister e Holden, 2012; Pereira et al., 2010; DeLisle e Holden, 2009; Berlim et al., 2003; Holden et al., 2001). Attraverso l'utilizzo della PAS è stato possibile desumere che depressione, hopelessness e psychache costituiscono tre dimensioni distinte, pur essendo tra loro fortemente correlate (DeLisle e Holden, 2009; Troister e Holden, 2013) e ognuno di loro apporta un contributo unico nel predire l'ideazione suicidaria. Il PAS è uno strumento breve, sensibile, principalmente orientato verso la misurazione della frequenza del fenomeno doloroso, oltre ad essere costruito attorno ad una visione unidimensionale del costrutto di dolore mentale e allo scopo di valutare il ruolo della psychache come causa prossimale del suicidio, piuttosto che per valutare il dolore mentale stesso. Inoltre, i campioni utilizzati per lo sviluppo e la validazione dello strumento, non sono rappresentativi della popolazione generale.

- *Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale* (OMMP; Orbach et al., 2003a). La scala OMMP è composto da 44 items, raggruppati in 9 fattori. Ogni item è valutato su una scala a 5 punti Likert, che va da "fortemente in disaccordo" a "molto d'accordo". Più alto è il punteggio, maggiore è il livello di dolore mentale. È il questionario che, insieme al PPAS, richiede più tempo per essere completato. Orbach e collaboratori (2003a) hanno concettualizzato il dolore mentale come un ampio insieme di esperienze soggettive distinte da uno stato di consapevolezza di cambiamenti negativi nel sé e nelle proprie funzioni accompagnato da emozioni negative. I coefficienti dell'alpha di Cronbach, rilevati da Orbach e colleghi (2003a) per i nove fattori dell'OMMP, oscillano tra lo 0.75 (vuoto esistenziale) e lo 0.95 (irreversibilità e perdita di controllo, rispettivamente). Sono stati condotti numerosi studi per indagare la validità discriminante e convergente dell'OMMP. Il dolore mentale risulta essere moderatamente e positivamente correlato con depressione, ansia, hopelessness, sintomi legati al suffering e aspetti del funzionamento sociale (Orbach et al., 2003a,b; Conrad et al., 2009). I punteggi dell'OMMP risultano negativamente collegati alla capacità di regolazione emotiva (Shelef et al., 2015), mostrando coefficiente di correlazione moderato ($r = -0.55$). Il punteggio totale dell'OMMP correla positivamente con l'impulsività ($r = 0.39$) e con l'immagine che un soggetto

ha di sé ($r= 0.53$; Conrad et al., 2009). L'OMMP si è dimostrata capace di distinguere tra le persone che tentano o no di mettere in atto il suicidio (Gvion et al., 2014; Levi et al., 2008; Shelef et al., 2015) e tra persone con alcuni quadri psicopatologici rispetto alle persone sane (Gvion et al., 2014; Shelef et al., 2015). Infine, questo strumento è stato impiegato anche in studi volti ad indagare aspetti dei correlati neurofisiologici del dolore (Reisch et al., 2010; van Heeringen et al., 2010; Meerwijk, Chesla e Weiss, 2014; Meerwijk, Ford e Weiss, 2015). Per quanto riguarda la validità strutturale, solamente due studi, applicando l'analisi fattoriale e Rasch Analysis (rispettivamente, Guimarães, Fleming, Fonseca Cardoso, 2014; Trent Haines, Jackson, Thomas, 2015) hanno rilevato la non replicabilità della struttura originale dell'OMMP composta da 9 fattori. La concettualizzazione del dolore mentale come condizione esistenziale di base, affinata da Orbach e colleghi (2003b), consente di ottenere una valutazione del costrutto a prescindere da altri stati mentali o emozionali. Questa accezione di dolore, come stato psicologico a sé stante, si è dimostrato funzionale allo studio non solo di aspetti psicopatologici, ma anche in contesti sani. Gli autori, con questa nuova teorizzazione, hanno tentato di superare la definizione di Shneidman, dando un respiro più ampio a questo costrutto, riconducendo a questa esperienza una maggior quantità di significati.

- *Visual Analogical Scales* (VAS; Olie et al., 2010). Tale strumento è composto da tre scale visuo-analogiche, per un totale di 7 item, basati sul modello di valutazione del dolore fisico adottato da Price et al (1983): 1) l'attuale ideazione suicidaria, 2) il dolore psicologico, 3) il dolore fisico. Il punteggio di ogni item oscilla tra 0 e 10 e valuta solamente l'intensità presente e passata (ultimi 15 giorni) delle idee suicidarie, del dolore mentale e fisico. Nell'unico studio in cui viene impiegato questo strumento, sono stati raccolti pazienti affetti da depressione maggiore suddivisi in tre gruppi: tentativo di suicidio recente, tentativo di suicidio nel passato e nessuna condotta suicidaria. La presenza di un elevato livello di dolore mentale nel momento della valutazione permette di distinguere tra coloro che hanno una storia, passata o recente, di suicidio. Il livello della psychache attuale risulta essere associato all'intensità e alla frequenza dell'ideazione suicidaria. Non emerge alcuna differenza tra i tre gruppi per quanto riguarda il dolore fisico. Nonostante i risultati, siano parzialmente in linea con la letteratura, alla luce della letteratura consultata, emerge chiaramente che la validità di costrutto di questo strumento sia assai ridotta.
- *Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale* (MBPPAS; Mee et al., 2011) è composta da 10 item, che utilizzano una scala Likert a 5 punti, tratti da note di suicidi e dalle descrizioni di dolore mentale fornite da pazienti che soffrono di depressione. Validità e affidabilità della scala sono state determinate attraverso uno studio pilota con un campione di soggetti depressi e un

campione di controllo. Gli autori, al fine di garantire una certa validità di contenuto, utilizzano il termine dolore psicologico in ogni item dell'intero strumento. Le scale di risposte degli item sono diverse a seconda dell'aspetto indagato: per l'intensità le opzioni previste oscillano tra niente e intollerabile; mentre nel caso della frequenza, variano da mai a sempre. L'unico studio in cui l'MBPPAS è stato utilizzato ha rilevato, ancora una volta, la centralità del dolore psicologico nel quadro depressivo e suicidario. Analogamente a quanto rilevato da numerosi studi (a tale proposito si guardino gli studi di Holden e collaboratori) in questa ricerca emerge come, nonostante esistono numerosi fattori che possono spiegare il fenomeno del suicidio, tuttavia, il costrutto che è maggiormente associato al suicidio, al di là del contributo apportato da depressione e hopelessness, è quello di dolore psicologico (validità incrementale). Per quanto riguarda il dolore fisico, Mee e colleghi (2006) hanno raccolto alcune evidenze neurologiche a proposito della sovrapposibilità degli schemi di attivazione neurologica indotti da manifestazioni dolorose siano esse fisiche e psichiche. Successivamente, Mee e colleghi (2011) impiegando l'MBPPAS, hanno trovato una parziale conferma al dato ottenuto per via indiretta, emerge infatti una relazione moderata tra le due tipologie di dolore. Infine, l'MBPPAS, si è dimostrato capace di distinguere tra popolazione psichiatrica (pazienti depressi) e popolazione generale. La breve, seppur puntuale, valutazione del dolore psicologico ottenuta attraverso l'impiego dell'MBPPAS, potrebbe rappresentare un buono strumento di prevenzione primaria finalizzato a ridurre il rischio di suicidio. Nonostante MBPPAS sia in grado di fornire ai medici una rapida valutazione della frequenza e dell'intensità del dolore psicologico, rappresentando quindi uno strumento dal forte risvolto pratico, in un'ampia gamma di situazioni cliniche, esso è fondato sull'idea di dolore mentale come precursore delle ideazioni e del comportamento suicidario.

Le evidenze raccolte a riguardo dei primi tre strumenti presentati, hanno rilevato la loro inadeguatezza nel delineare e valutare il costrutto di dolore mentale, per diverse ragioni: alcuni forniscono una visione parziale del concetto; alcuni strumenti sono stati sviluppati allo scopo di valutare altri costrutti, ricorrono al termine dolore psicologico, per indicare un altro tipo di esperienza emotiva. Fatta eccezione per il PAS (Holden et al., 2001), le restanti scale prevedono due misurazioni del dolore: nel primo caso, viene chiesto al paziente di pensare al peggior dolore psicologico da loro avvertito; mentre nel secondo caso, il soggetto viene invitato a rispondere tenendo conto del livello del dolore al momento in cui viene compilato il questionario. Questo fattore si è rilevato alquanto importante al fine della valutazione del dolore mentale, essendo questa un'esperienza personale (Orbach et al., 2003b).

Se guardiamo lo sviluppo degli strumenti per valutare il dolore è possibile tracciare un processo di trasformazione negli aspetti indagati. La prima scala, si focalizza su fattori situazionali e individuali. La PAS rappresenta il tentativo di creare uno strumento psicometrico validato per misurare il dolore mentale a partire dal modello teorico di Shneidman, inoltre, soddisfa la necessità di indagare la frequenza degli episodi. L'OMMP, valuta le esperienze soggettive che ogni individuo fa di sé e delle proprie, a prescindere dal quadro psicopatologico, ovvero è il primo strumento a non ricondurre il dolore mentale ad un processo psicopatologico, ma ad associarlo alla normale esistenza. Inoltre, è la prima scala a declinare il dolore in modo multidimensionale allo scopo di cogliere gli aspetti emotivi e cognitivi del vissuto doloroso. La VAS di Olié, introduce la possibilità di indagare l'interazione tra il dolore mentale e quello fisico. Infine, l'MBPPAS, il più recente tra questi strumenti, è diretto ad indagare le caratteristiche dell'esperienza, quali: intensità e frequenza. Nel corso di un ventennio la misurazione del costrutto si è evidentemente diretta verso una descrizione sempre più dettagliata, dal tentativo di inquadrare il dolore all'individuazione della sua fenomenologia.

1.8.2. Valutazione indiretta

Negli ultimi 15 anni sono state condotte numerosi studi attraverso i quali è stato possibile valutare il dolore mentale a partire da elementi di natura neurofisiologica.

Nel 2005 Apkarian e colleghi attraverso una revisione di studi di neuroimaging hanno rilevato che il dolore fisico non si concentra in un "centro del dolore" quanto piuttosto si diffonde e arriva a coinvolgere una rete di strutture che ricevono contemporaneamente input a partire da differenti vie. Le aree identificate sono quelle:

- a) somatosensoriali - area somestesica primaria, corteccia somatosensoriale secondaria e la corteccia insulare;
- b) limbiche - corteccia cingolata anteriore e insulare;
- c) associative - corteccia prefrontale;
- d) talamo.

La rete di aree cerebrali attivate dalla stimolazione dolorosa sono riconducibili alla pain matrix. In particolare, la corteccia cingolata anteriore e quella prefrontale, facenti parti del sistema mediale, sono più specificamente legate all'aspetto emotivo-affettivo del dolore (Turk e Melzack, 2011).

Questo schema di attivazione resta pressoché immutato sia in condizioni di normalità che nei soggetti che presentano un quadro patologico di dolore cronico.

Nel 2006 Mee e colleghi furono i primi ad indagare e raccogliere evidenze a proposito della attivazione di specifiche aree cerebrali durante l'esperienza di dolore psicologico. Quando venne condotta la revisione a tale proposito da parte degli autori, l'idea che le aree cerebrali coinvolte durante l'esperienza di dolore fisico e quella di dolore psicologico fossero le medesime era una mera speculazione (Macdonald e Leary, 2005), dato che nessuno studio aveva anche solo indagato il profilo neurologico del dolore mentale. Infatti, gli studi inclusi sono diretti a valutare costrutti teoricamente affini al costrutto di dolore mentale, quali: l'induzione di tristezza, l'esclusione sociale e l'afflizione. Quest'ultima sembrerebbe essere maggiormente affine al vissuto emotivo di dolore psicologico quando questo si associa alla perdita. Un ulteriore limite di questa ricerca è rappresentato dall'eterogeneità degli stimoli utilizzati per indurre lo stato doloroso, essi contemplano resoconti autobiografici e allo stesso tempo giocare ad una partita virtuale. Gli autori hanno concluso che le strutture cerebrali implicate nel dolore fisico e in quello psicologico fossero analoghe e in particolare coinvolgessero: corteccia anteriore cingolata, insula e corteccia prefrontale. Infine, nessuno degli studi presi in considerazione mostrava un accrescimento dell'attività delle cortecce somatosensoriali quando viene indotto uno stato affine al dolore psicologico. Questi risultati trovano conferma nella teoria della matrice. Inoltre, anche l'insula sembrerebbe partecipare alla valutazione degli aspetti cognitivi angoscianti e delle emozioni interocettive, fungendo da centro di allarme per i potenziali cambiamenti omeostatici e i pericoli suscitati internamente, come ad esempio per le emozioni, siano esse autoindotte o richiamate alla memoria (Phan et al., 2002).

Successivamente, Meerwijk, Ford e Weiss (2013), hanno messo a punto una revisione della letteratura allo scopo di fornire un aggiornamento sullo stato dell'arte a proposito del funzionamento cerebrale nel dolore psicologico. Più precisamente gli autori mirano ad identificare le aree cerebrali attive durante l'esperienza dolorosa e allo stesso tempo puntano a valutare il grado di sovrapposizione presente tra le strutture cerebrali attive durante un'esperienza di dolore fisico e quella di dolore psicologico. Nel tentativo di superare il limite della eterogeneità degli stimoli presenti nella revisione precedente, gli autori hanno limitato la tipologia di stimoli dolorosi ai soli ricordi autobiografici di eventi di vita. Nonostante questo accorgimento, nessuna regione cerebrale è stata attivata in tutti i 18 studi considerati. A differenza del precedente studio, quest'ultimo include anche soggetti patologici poiché le patologie prese in considerazione all'interno dei singoli studi, sono condizioni notoriamente legate al dolore mentale (depressione e suicidio, rispettivamente). L'ipotesi avanzata da Mee e colleghi secondo i quali, l'afflizione sarebbe

concettualmente più affine al costrutto di dolore mentale, trova un sostegno empirico attraverso questo studio. Tenuto conto che i costrutti valutati sono diversi, le aree cerebrali principalmente attivate durante l'esperienza di dolore psicologico risulterebbero essere: corteccia cerebrale posteriore e anteriore, talamo, cervelletto, giro paraippocampale e corteccia prefrontale. Secondo gli autori queste strutture cerebrali sono tra loro collegate e comunicano tra loro in modo bidirezionale. La rete neurologica proposta dallo studio per il dolore psicologico indica una parziale sovrapposizione con la rete del dolore fisico individuato da Apkarian e colleghi (2005). La mancata attivazione delle aree somatosensoriali primarie o secondarie, sembrerebbe essere ascrivibile alla mancanza di stimoli nocicettivi per indurre condizioni dolorose.

Alla luce di quanto raccolto sinora, il ruolo delle diverse strutture attivate durante l'esperienza di dolore psicologico non può dirsi ancora consolidata, fatta eccezione per la corteccia cingolata anteriore e la corteccia prefrontale. Secondo le ricerche condotte da Mee e Meerwijk il dolore psicologico e quello fisico mostrano una parziale sovrapposizione delle vie neurologiche impiegate nonostante siano concettualmente differenti. Il dolore psicologico sembrerebbe combaciare con la componente emotiva del dolore fisico.

Un recente studio ha dimostrato che i diversi modi di affrontare il contesto sociale promosso da ambienti culturali diversi può modulare come le persone processano e empatizzano con il dolore emotivo degli altri. In altre parole il contesto culturale potrebbe essere un essenziale modulatore delle tipologie di stili di elaborazione interpersonale che possono influire sull'empatia.

Le culture collettiviste pongono l'accento sull'interdipendenza e la conservazione dell'armonia sociale. L'appartenenza a questa tipologia di società svolge un ruolo nel processamento dell'informazioni socialmente rilevanti tale per cui, il singolo osserverà e sintonizzerà le proprie prospettive, i propri bisogni e i propri risultati con quelli degli altri. In altre parole la cultura collettivista richiede al singolo di approcciarsi agli eventi prestando attenzione ai processi interni degli altri e adottandone la loro prospettiva. L'appartenenza alla cultura collettivista piuttosto che quella individualista può determinare il modo in cui viene esperito lo stato individuale e quello altrui, pertanto la maggior attenzione diretta all'esperienza interna degli altri, tipica della cultura collettivista, potrebbe favorire il realizzarsi del processo empatico (Cheon et al., 2013).

L'empatia permette rapidamente e automaticamente di immedesimarsi negli stati emotivi degli altri, mostrandosi quindi essenziale per la regolazione delle interazioni sociali e la collaborazione verso obiettivi condivisi (De Waal, 2008).

Da un punto di visto neurologico, l'empatia, come altri comportamenti prosociali, si compone di due differenti processi: il primo che coinvolge meccanismi affettivi, ovvero lo stato affettivo derivato dalla condivisione delle emozioni o degli stati sensoriali di un'altra persona; mentre il

secondo richiama i meccanismi cognitivi, ovvero la capacità di comprendere intenzioni, desideri e credenze di un'altra persona derivata da deduzioni a proposito dello stato altrui. I due processi alla base dell'empatia poggiano su due differenti sistemi neurali. In particolare, le regioni cerebrali attivate dalla componente affettiva sono principalmente la corteccia cingolata anteriore e l'insula anteriore, aree filogeneticamente antiche riconducibili alle aree limbiche che farebbero parte del "cervello viscerale" descritto da MacLean (1955). L'area attivata dalla componente cognitiva coinvolge la corteccia prefrontale mediale e la giunzione temporo-parietale (Hein e Singer, 2008). Alcuni studi (Cheon et al., 2011,2013) hanno dimostrato come l'appartenenza ad una cultura, sia essa collettivista piuttosto che individualista, rappresenti un elemento in grado di modulare la reattività al dolore emotivo altrui a livello neurologico. Emerge, infatti una maggiore attivazione delle aree preposte al processamento dell'aspetto empatico per i soggetti che appartengono a culture focalizzate sugli stati interni, sulle esperienze o sui bisogni altrui. Nonostante vengano attivate le medesime aree del dolore psicologico, corteccia cingolata anteriore e corteccia prefrontale, quest'ultimo aspetto ci porta ad escludere gli studi dove il dolore viene ricondotto alla sofferenza altrui.

1.8.3. Studi clinici sulla valutazione del dolore mentale

Dalla disamina della letteratura scientifica relativa al dolore mentale si è cercato di raccogliere le maggiori evidenze empiriche relative ai fattori neurologici, fisiologici e genetici che possono contribuire a spiegare l'esperienza multidimensionale del dolore psicologico. Per quanto riguarda la strategia di ricerca, rimandiamo alla metodologia precedentemente descritta. Sono stati esclusi studi che:

- 1) valutano la componente emotiva di uno stimolo fisico nocicettivo;
- 2) impiegano tecniche di anticipazione del dolore fisico;
- 3) utilizzano metodi di suggestione per indurre il dolore fisico;
- 4) valutano le risposte affettive che non siano riconducibili al dolore mentale;
- 5) analizzano la capacità di empatizzare con il dolore altrui, sia essa indotta dalla presentazione di immagini o l'ascolto di resoconti di eventi dolorosi.

Dei 2659 record raccolti, sono stati selezionati 15 articoli, altri 28 record sono stati ricavati consultando la bibliografia degli articoli reperiti. Due articoli sono stati esclusi perché valutavano esclusivamente gli aspetti neurologici del suicidio, senza prevedere una valutazione delle

attivazioni cerebrali riconducibili al fenomeno del dolore mentale (Brüne et al., 2011; Gifuni et al., 2015). Nella tabella A sono riportati gli studi individuati nel corso della revisione. La maggior parte degli studi si concentra sull'induzione della tristezza e sull'afflizione, l'ambito dell'esclusione sociale consta solamente di 3 articoli. Dei 43 studi selezionati, solamente tre forniscono una valutazione dell'attività cerebrale a proposito del dolore mentale ed in ogni studio è stato utilizzato l'OMMP per valutare tale costrutto. Un risultato non molto diverso da quello ottenuto da Meerwijk, Ford e Weiss (2013).

Van Heeringen e colleghi (2010) valutano la relazione che intercorre tra il dolore mentale e i cambiamenti della funzionalità cerebrale in un campione di 39 pazienti (22 femmine e 17 maschi) trattati per un episodio di depressione maggiore. I punteggi dell'OMMP correlano positivamente con il rischio di suicidio (BDI; item 9) e con la disperazione (Beck Hopelessness Scale), ma non con la gravità della depressione (BDI). Le persone con elevati livelli di dolore mentale mostrano un maggior livello di irrorazione delle regioni nella corteccia occipitale destra, nel giro temporale inferiore sinistro, corteccia prefrontale dorsolaterale destra e giro frontale inferiore destro. Di conseguenza, possiamo affermare che la gravità del dolore mentale in soggetti affetti da depressione è associato con il flusso ematico cerebrale in aree della corteccia prefrontale dorsolaterale, coinvolte nel processamento delle emozioni.

Reisch e colleghi (2010) hanno effettuato uno studio su un campione di 8 donne che avevano tentato il suicidio da una a quattro settimane prima dell'indagine. Gli scopi dello studio sono: verificare l'attività neurologica di emozioni negative come può essere il dolore mentale, valutare l'attività neurologica in relazione ai resoconti circa la pianificazione e la manifestazione del comportamento suicidario. I risultati ottenuti mostrano che il dolore mentale, connesso al comportamento suicidario, potrebbe avere qualità analoghe a quelle rilevate in altri eventi traumatici, caratterizzandosi per un decremento dell'attività delle strutture cerebrali poste nella porzione frontale del cervello. Vi è un'augmentata attività a livello del giro paraippocampale destro, del cuneo destro, del giro temporale sinistro e del cervelletto. Analogamente a quanto occorre ai reduci di guerra o alle persone soggette a violenze sessuali, il dolore mentale è legato ad una riduzione dell'attività nella corteccia prefrontale dorso laterale sinistra, nella corteccia prefrontale anteriore destra e prefrontale mediale sinistra. Quando il soggetto decide di voler suicidarsi per poter ridurre la propria sofferenza, alcune aree cerebrali passano dallo stato di disattivazione a quello di attivazione così come accade nei comportamenti diretti ad uno scopo. Pertanto, mentre il soggetto fornisce un resoconto circa la pianificazione e la realizzazione del tentativo suicidario, lo studio ha rilevato un incremento dell'attività a livello della corteccia prefrontale mediale, della corteccia cingolata e dell'ippocampo.

Confrontando i risultati ottenuti da questi due studi, emerge un solo punto di incontro riconducibile all'aumento di attività a livello del cuneo destro. La corteccia prefrontale viene attivata da entrambe le stimolazioni utilizzate, tuttavia, in senso contrario, infatti mentre per Van Heeringen e colleghi (2010) questa mostra maggiore attività, Reisch e colleghi (2010) registrano una riduzione dell'attività. È stato ampiamente dimostrato che le aree cerebrali svolgono molteplici funzioni, di conseguenza non ci aspettiamo che le strutture cerebrali coinvolte nell'esperienza di dolore psicologico siano attivate in modo univoco da questo tipo di stimolazione. Tuttavia, ci saremmo aspettati di trovare una maggiore coerenza tra i risultati di questi studi. E' evidente la necessità di mettere a punto altri studi in cui il dolore mentale venga valutata dal punto di vista neurologico.

Nel 2015 Meerwijk, Ford e Weiss hanno messo a punto uno studio per valutare la relazione presente tra l'attività cerebrale a livello prefrontale attraverso l'elettroencefalogramma e il dolore psicologico misurato con due differenti strumenti di autovalutazione, ovvero OMMP e PAS. Il campione è composto da 35 soggetti affetti da un disturbo depressivo. Gli obiettivi dello studio sono quelli di valutare la capacità dell'asimmetria della potenza sulle regioni frontali dell'alfa (AAF) di predire il dolore psicologico e di verificare la capacità di altri parametri dell'EEG di predire il dolore psicologico. Infine, indagare la relazione che intercorre tra la dimensione frattale frontale (DFFA) dell'EEG asimmetrico e il dolore mentale. L'AAF non risulta essere correlato al dolore mentale nonostante si sia dimostrato essere associato alla sintomatologia depressiva, mentre le onde delta, attive durante stati di ridotta allerta, hanno mostrato una relazione negativa con il dolore psicologico, all'aumentare del dolore corrisponde una riduzione delle onde delta a riposo. Le onde delta sono state recentemente legate all'attività del default mode network (DMN) una rete ampiamente utilizzata quando il cervello si trova in uno stato di riposo, senza nessun particolare compito da svolgere. Pertanto, sembrerebbe che alla base del dolore mentale vi sia uno stato di arousal, infatti nel momento in cui il dolore psicologico aumenta, abbiamo una riduzione delle onde delta a cui corrisponde una riduzione dell'attività della DMN. L'attività dell'DMN è limitata quando il cervello è centrato su di un altro compito, una situazione affine è rilevata da Reisch e colleghi (2010), quando il soggetto decide di mettere in atto la condotta suicidaria. Il soggetto proiettato verso il suicidio, oltre ad avvertire una forte sensazione di dolore mentale, è concentrato su di un solo compito che è quello di porre fine alla propria sofferenza per mezzo del suicidio. Anche la DFFA sembra predire il dolore psicologico oltre a rivelarsi un segnale di arousal. Concludendo il PAS si è dimostrato incapace nel cogliere qualsivoglia modificazione delle variabili oggetto di studi attraverso l'EEG, di conseguenza si potrebbe affermare che l'OMMP, nelle due versioni previste, possa rappresentare lo strumento autovalutativo di elezione.

Di seguito riporteremo l'unico studio diretto a valutare la relazione tra parametri fisiologici e il costrutto di dolore psicologico.

Meerwijk, Chesla e Weiss (2014) in un campione di 35 soggetti adulti affetti da un disturbo depressivo, hanno studiato il rapporto tra la variabilità della frequenza cardiaca e il dolore psicologico. Altro obiettivo dell'indagine è valutare quale strumento di autovalutazione sia più adeguato per valutare la variabilità della frequenza cardiaca. La variabilità della frequenza cardiaca è un parametro che permette di valutare il funzionamento del sistema nervoso autonomo. Il sistema nervoso autonomo si compone di due differenti sistemi simpatico e parasimpatico o vagale: il primo viene attivato da stati di arousal, mentre il secondo si attiva in particolare durante stati di riposo. Lo stato di arousal, si presenta con un aumento del battito cardiaco concomitante ad una riduzione della variabilità della frequenza cardiaca. È stato documentato in letteratura che la regolazione di emozioni negative si caratterizza per sovralfunzionamento simpatico e un ridotto apporto parasimpatico che si accompagna con un aumento del battito cardiaco e un decremento della variabilità della frequenza cardiaca. Pertanto, gli autori ipotizzarono che un elevato livello di dolore psicologico comportasse un decremento della variabilità della frequenza cardiaca a riposo. Tuttavia, l'unica relazione emersa è quella tra una bassa variabilità della frequenza cardiaca e un forte dolore psicologico. Questo dato sta a significare che durante l'esperienza di dolore psicologico vi è una disregolazione del sistema nervoso centrale a carico del sistema simpatico a causa dello stato di arousal suscitato nel soggetto. L'OMMP si è rivelato essere più accurato del PAS nel valutare lo stato di arousal associato al dolore psicologico. In particolare è la versione che si occupa di rilevare il dolore mentale nel momento in cui avviene la rilevazione.

L'eterogeneità degli stimoli utilizzati per indurre lo stato di dolore mentale, inclusione o meno di campioni clinici, i limiti delle tecniche di neuroimaging impiegate per localizzare l'area di attivazione cerebrale (Roskies, 2008), le ridotte dimensioni campionarie e la scarsità di studi diretti a valutare il dolore mentale (Tabella A), risulta evidente la necessità di condurre ulteriori studi che possano approfondire e sviluppare le conoscenze su tale tematica.

1.9. Le comorbilità nel dolore mentale

Di seguito, focalizziamo l'attenzione su alcuni quadri di comorbilità in cui il dolore mentale sembra sovrapporsi o coesistere con diversi fenomeni psicopatologici, facendo particolare riferimento agli aspetti che non vengono considerati nei due studi sperimentali.

1.9.1 Suicidio

Ogni anno più di 800000 persone mettono in atto un suicidio, a questo numero deve essere aggiunto il numero di persone che hanno tentato il suicidio o messo in atto un comportamento suicidario non fatale (World Health Organization, 2014), questo per comprendere l'entità reale del fenomeno. In base a quanto rilevato da WHO nel 2012, il suicidio è un fenomeno globale presente in tutte le nazioni, tuttavia, nel 75% dei casi esso ha luogo in paesi a basso e medio reddito. Il suicidio può presentarsi in ogni fase della vita ed è la seconda causa di morte tra i 15 e i 29 anni (World Health Organization, 2014).

Nel periodo 1993-2009, l'Istat ha rilevato che la mortalità in Italia è diminuita significativamente da 8,3 a 6,7 suicidi ogni centomila abitanti. Il Nord Est e il Nord Ovest, si confermano nel corso del tempo, le aree geografiche con i livelli di mortalità più elevati, mentre il Sud mostra la minor propensione al suicidio, perché i maschi residenti in questa area, a differenza di quelli residenti nel resto d'Italia, non tentano il suicidio. All'interno delle diverse classi di età, emerge chiaramente, come il fenomeno dei suicidi cresca all'aumentare dell'età, infatti fra gli ultra sessantacinquenni viene registrata una probabilità otto volte più alta rispetto alla classe più giovane. Valutando il genere, la probabilità, che sia un uomo a mettere in atto il suicidio, è tre volte superiore a quella delle femmine. La propensione al suicidio è fortemente diffusa tra le persone con titoli di studio tendenzialmente bassi. Attualmente, il trend dei suicidi mostra un calo tra i laureati, mentre tra le persone con la licenza di scuola media inferiore è stato rilevato un andamento crescente.

L'impiego delle variabili sociodemografiche, a livello di intervento clinico mancano di specificità, consente solamente di descrivere il profilo degli individui con una maggiore propensione alla messa in atto del comportamento suicidario. Le variabili psicologiche, invece, permettono di spiegare la motivazione alla base di questo gesto, ed inoltre, possono essere modificate all'interno di un percorso terapeutico.

Il suicidio è un fenomeno estremamente complesso, riconducibile a plurime cause e a diverse componenti biologiche, psicosociali e culturali (Rihmer, 2007). Le statistiche a proposito del suicidio suggeriscono la presenza di una relazione tra suicidio e uno stato psicopatologico nel 90% dei casi (Clark & Fawcett, 1992). Il suicidio, una delle possibili conseguenze della malattia mentale, mostrerà nel soggetto una riduzione del desiderio di morte non appena la patologia psichica verrà trattata (Jones & Drozd, 2004). In particolare, la prevalenza dei disturbi dell'umore rispetto al comportamento suicidario, riconducibile alle sue diverse forme patologiche, è la più

elevata e storicamente indagata (Clark & Fawcett, 1992). Gli studi supportano chiaramente che, nonostante tutti i disturbi dell'umore favoriscono la messa in atto del suicidio, i pazienti nella maggior parte dei casi (79-89%) commettono o tentano di suicidarsi durante l'episodio di depressione maggiore, meno di frequente durante nella mania disforica (11-20%) ed estremamente di rado durante lo stato di mania euforica e l'eutimia (0-7%). Ne consegue che, il comportamento suicidario in pazienti con disturbi dell'umore possa essere definito come un fenomeno dipendente dello stato. Pertanto, diventa necessario stabilizzare il periodo di eutimia per prevenire i suicidi (Rihmer, 2007).

La depressione costituisce un fattore di rischio significativo per il suicidio e quindi gli individui con disturbi dell'umore rappresentano un gruppo fortemente vulnerabile. Dobbiamo tenere a mente che non tutti gli individui depressi hanno tentato o commesso atti suicidari (Mee et al., 2006; Rihmer, 2007) inoltre, nella letteratura scientifica non tutte le ricerche hanno rilevato una relazione tra la gravità dei sintomi e la suicidalità (Clark & Fawcett, 1992). I disturbi da controllo degli impulsi, sono i fattori predittivi del rischio di suicidio più forti nei paesi in via di sviluppo, mentre i disturbi dell'umore lo sono nei paesi sviluppati. I disturbi dell'umore e del controllo degli impulsi hanno la più forte associazione con comportamenti suicidari, sottolineando l'importanza dell'umore depresso e dell'impulsività, perché il processo suicida possa aver luogo, estendendo i risultati oltre i confini nazionali. Anche se la ragione per cui emerge questa differenza tra i due disturbi nei paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo, non è ancora stata chiarita (Nock et al., 2008). Altri disturbi frequentemente associati con il suicidio, sono i disturbi da abuso o dipendenza alcolica e da altre sostanze, malattie somatiche croniche, disturbi ansiosi, disturbo schizofrenico, disturbi alimentari e disturbi di personalità (Wasserman, 2015).

Ogni persona che commette il suicidio, è turbato, tuttavia, non deve essere necessariamente clinicamente depresso, schizofrenico, alcolizzato, tossicodipendente o affetto da una patologia psichiatrica. I comportamenti suicidari si originano da una grave condizione di dolore mentale o psychache. Gli stati affetti come depressione, hopelessness, ostilità e altri ancora sono rilevanti unicamente se vengono letti alla luce di un'insopportabile dolore psicologico (Shneidman, 1993). Potremmo affermare che, nonostante la depressione non si sia dimostrata essere, una condizione necessaria sufficiente per la messa in atto del comportamento suicidale, altre variabili psicologiche potrebbero meglio ricoprire questo ruolo.

Lo stato di hopelessness può essere concettualizzato come una condizione di aspettative negative, a proposito degli esiti o degli eventi della propria vita, unito al senso di ineluttabilità circa il verificarsi di questi eventi (Abramson et al., 1989). Secondo Abramson e colleghi (1989), l'hopelessness è uno stile cognitivo pessimistico, caratterizzato dall'aspettativa che i risultati

altamente desiderati non si verificheranno o, al contrario, che i risultati altamente avversi si verificheranno, così come la convinzione che non c'è niente che possa essere fatto affinché il risultato cambi. Le persone con uno stile inferenziale depressogeno, vengono considerate potenzialmente soggette a sviluppare episodi di un sottotipo di depressione denominato *hopelessness depression* (depressione senza speranza), nel momento in cui si trovano di fronte ad un evento di vita negativo. Descrivendo i sintomi che di tale condizione, Abramson, Metalsky e Alloy (1989) sottolineano, sulla base di numerosi studi condotti da Beck e il suo gruppo di ricerca (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975; Kazdin, French, Unis, Esveldt-Dawson, & Sherick, 1983; Minkoff, Bergman, Beck, & Beck, 1973; Petrie & Chamberlain, 1983) che la ideazione suicidaria potrebbe essere un sintomo cardine nel quadro della depressione da *hopelessness*. Nella teoria dell'*hopelessness*, gli eventi negativi si presentano come un fattore che influenzano l'insorgere di tale condizione. Tuttavia, non tutte le persone quando si confrontano con eventi di vita negativi perdono la speranza o incorrono in un disturbo depressivo. Secondo questa teoria, infatti, ci sono almeno tre tipi di inferenze che gli individui possono mettere in atto, permettendo di modulare lo sviluppo dell'*hopelessness* e dei comportamenti suicidari (a) le inferenze sul perché si è verificato l'evento (vale a dire, la causa presunta o attribuzione causale), (b) inferenze circa le conseguenze che deriveranno dal verificarsi dell'evento (ad esempio, le conseguenze inferite), e (c) le inferenze sul Sé, dato che l'evento si è verificato (ad esempio, le caratteristiche desunte circa sé stessi; Abramson et al., 1989). Uno stato di *hopelessness* generalizzato, e a volte l'atto suicidario, si sviluppano probabilmente quando gli eventi di vita negativa sono visti come importanti, attribuibili a cause stabili e globali, vissute come se queste potessero portare ulteriori conseguenze o esiti negativi e accompagnati da sensazioni di ridotta autostima. Le differenze individuali nello stile cognitivo, influenzano il contenuto delle attribuzioni causali e delle inferenze circa le conseguenze e caratteristiche del sé quando si verificano gli eventi di vita negativi. Gli individui che solitamente vedono gli eventi della vita negativamente come risultati di cause stabili e globali, carichi di un significato personale, capaci di dare origine ad ulteriori conseguenze negative, verificatesi a causa della loro incapacità, dovrebbero mostrare con maggiore probabilità di fare inferenze di natura depressogena rispetto a un dato evento di vita negativa. Questo stile cognitivo depressogeno viene considerato un fattore di vulnerabilità per la depressione. Le persone con questo stile cognitivo, anche in assenza di eventi negativi, svilupperanno con maggiore probabilità l'*hopelessness* e occasionalmente possono giungere a mettere in atto il comportamento suicidario (Abramson et al., 1998). Sembrerebbe quindi, che a livello teorico l'*hopelessness*, tra le variabili di natura psicologica, sia un migliore predittore del comportamento suicidario rispetto al costrutto di depressione, intesa come sindrome generale.

Sono stati condotti numerosi studi che hanno dimostrato il suo ruolo nel comportamento e nell'intenzione suicidaria nell'hopelessness (Maris, 1992).

L'hopelessness media la relazione tra depressione e suicidio (Dieserud, Røysamb, Ekeberg, & Kraft, 2001; Dyer & Kreitman, 1984), ed è un buon predittore sia dell'ideazione che del tentato suicidio sia nelle popolazioni psichiatriche (Steer et al., 1993) sia in quella generale (Cox et al., 2004). Infine, sembra capace di mediare gli effetti di altri predittori psicologici riguardanti il suicidio (Abramson et al., 1998; Dixon, Heppner, & Rudd, 1994).

In campioni di pazienti psichiatrici (Beck et al., 1990; Beck et al., 1985), l'hopelessness si è dimostrata essere un predittore significativo degli eventi suicidari in studi di follow-up per un periodo che oscilla dai 5 ai 10 anni. Un'ulteriore conferma di questo dato, viene dall'ampio studio di Kuo, Gallo e Eaton (2004) dove emerge che, l'hopelessness è strettamente legata al comportamento e all'ideazione suicidaria durante uno studio prospettico della durata di 13 anni, anche quando viene controllata la variabile della diagnosi psichiatrica.

Alla luce di quanto descritto sinora i risultati degli studi presenti in letteratura mostrano che, l'hopelessness è un fattore significativo di rischio e un buon predittore del comportamento suicidario. Tuttavia, il modello dell'hopelessness nell'ambito del suicidio, mostra alcuni limiti. Infatti, non è chiaro se l'hopelessness, costituisca o meno un sottotipo di quadro patologico a sé stante (Joiner et al., 2001). Inoltre, non è certo se l'hopelessness possa essere riconosciuta come un predittore certo del suicidio, dato che gli studi condotti sinora hanno portato a risultati contrastanti. Infatti, analizzando i risultati ottenuti nelle diverse ricerche, l'hopelessness sembrerebbe essere il miglior predittore del suicidio nella popolazione clinica mentre la depressione sembrerebbe essere un predittore più adeguato per spiegare la relazione con il suicidio nella popolazione generale (Rudd, 1990).

Nonostante depressione e hopelessness si siano dimostrate essere dei buoni predittori del suicidio, è la psychache ad aver acquisito nel corso del tempo un ruolo di spicco. Shneidman conia il termine psychache allo scopo di racchiudere in una sola parola "la ferita, l'angoscia, il risentimento, il dolore psicologico nella psiche, nella mente. Questo è intrinsecamente psicologico – il dolore estremamente forte di provare vergogna, senso di colpa, umiliazione, solitudine, paura, angoscia" (1993). Shneidman, afferma che non esiste suicidio senza psychache. Essa quindi rappresenta la *conditio sine qua non* perché il suicidio si verifichi, ed inoltre afferma che l'importanza della depressione e della hopelessness nello spiegare il suicidio è rilevante ai fini della loro relazione con il costrutto di dolore mentale. Pertanto il dolore mentale media gli effetti degli altri fattori, quali depressione e hopelessness, rispetto alla loro relazione con il comportamento suicidario.

Il modello cubico del suicidio di Shneidman (2005), ipotizza che il suicidio abbia luogo grazie all'azione simultanea di tre fattori psicologici: 1) il dolore psicologico derivato dalla frustrazione dei bisogni; 2) la perturbazione, che rappresenta lo stato di essere agitato e scosso ed include rigidità cognitiva e inclinazione ad agire o mettere in atto condotte autolesive; 3) l'ambito della *pressione*, fa riferimento a quegli aspetti dell'ambiente interno o esterno, che spingono a tenere certe condotte o influenzano psicologicamente un individuo. Ogni fattore viene valutato su una scala Likert a 5 punti (punteggio da 1 a 5); il suicidio può verificarsi quando tutti i fattori ottengono il punteggio massimo.

Shneidman non concettualizza il suicidio come il sintomo di una malattia mentale, quanto piuttosto come l'esito di un comportamento a cui l'individuo ricorre quando non riesce più a far fronte al proprio dolore. Perché il suicidio abbia luogo è necessario che il dolore mentale superi il proprio limite di tolleranza al dolore, la condizione in cui la morte è vista come l'unico mezzo per allontanarsi dal dolore. La *psychache* è stata definita anche come il dolore mentale di essere turbato. Il turbamento si riferisce al proprio tumulto interiore, o di essere sconvolto o disturbato mentalmente, pertanto la *psychache* è "il riconoscimento introspettivo della perturbazione" (Shneidman, 1999). L'obiettivo del suicidio diventa fermare il doloroso flusso di coscienza (Shneidman, 1992). In questo modo, il suicidio può essere considerato come un atto per fuggire ad uno stato interno doloroso, quindi potremmo attribuirgli una funzione di *problem solving*, in un'ottica coerente con la teoria della fuga concettualizzata da Baumeister (1990).

Le persone tentano di sfuggire alle emozioni negative attraverso il rifiuto e l'evitamento dei pensieri attraverso la destrutturazione cognitiva. I predittori principali di questa destrutturazione sono tre.

Il primo predittore è la prospettiva temporale ristretta al presente delle persone con tendenze suicide, allo scopo di evitare di riflettere sui fallimenti del proprio passato. L'incapacità di vedere per sé stessi un futuro felice, esclude la possibile visione di qualsiasi futuro. Il secondo è il concretismo, l'individuo è focalizzato prevalentemente su movimenti, pensieri ed emozioni che, non richiedono un'elaborazione a livello delle funzioni superiori. Le azioni sono dirette a soddisfare bisogni prossimali. A tale proposito Shneidman (1981) conia il termine *tunnel vision* per descrivere la natura ristretta e concreta dello stato psicologico delle persone prima di mettere in atto il suicidio. Infine il terzo predittore è il rifiuto di esplorare in modo creativo e flessibile i diversi significati, contesti e soluzioni della realtà. La rigidità cognitiva, come ipotizzato dalla stessa teoria della fuga, non sarebbe una predisposizione personologica, quanto piuttosto, sembrerebbe essere un tentativo di rispondere alle possibili difficoltà presentate dalla vita.

Una conferma alla concettualizzazione di Shneidman la troviamo nella revisione scritta da Weinberg (2000). La struttura, così come il funzionamento dell'emisfero destro, risultano essere anomali e deficitari nella persone che tentano o attuano il suicidio. Lo sviluppo dell'emisfero destro dipende dalla qualità della relazione con un caregiver durante i primi anni della crescita (Schoore, 1997). Gravi traumi o ripetuti stress emotivi, portano ad una prevalenza di effetti negativi ingestibili, che elevano i corticosteroidi (Schoore, 1997). Questi cambiamenti neurochimici indotti dallo stress, provocano alterazioni strutturali e funzionali nell'emisfero diventando il fattore predisponente per la psicopatologia. Infatti, il funzionamento anomalo dell'emisfero, è coinvolto in varie forme di psicopatologie. Sotto il peso del dolore mentale, l'emisfero destro collassa. Di conseguenza, il modo in cui la persona sperimentano e funzionano è in gran parte determinato dall'attività dell'emisfero sinistro. Il dolore mentale unito al ridotto funzionamento dell'emisfero destro induce l'attivarsi di uno stato mentale connesso al comportamento suicidario.

Il funzionamento e il modo di sperimentare dettato dall'emisfero sinistro, si manifesta nella mancanza di coesione della rappresentazione di sé, nella ridotta sensibilità al dolore e in particolare attraverso la mancanza di flessibilità cognitiva e l'incapacità di regolare gli affetti (Weinberg, 2000; Brüne et al., 2011). Quest'ultima funzione, unita all'impulsività o al disturbo di personalità borderline, sono condizione riconducibili al funzionamento deficitario dell'emisfero destro, e a loro volta risultano essere associate al comportamento suicidario.

Il funzionamento deficitario dell'emisfero destro porta alla compromissione della capacità di processare le esperienze emotive e all'utilizzo di strategie inefficaci di regolazione dell'emozione (Schoore, 1997). Questa incapacità di regolare gli affetti negativi può predisporre al suicidio. Quando le fonti di autoregolazioni vengono meno, o lo sconvolgimento interiore va al di là delle capacità del singolo individuo di placarlo, la persona è pervasa da un dolore emotivo tale da non superare la capacità di tollerarlo e contenerlo. L'impossibilità di regolare gli affetti negativi accresce le tendenze suicide.

La psychache e le emozioni negative, da essa derivate, traggono origine da bisogni psicologici insoddisfatti, frustrati e ostacolati (Shneidman, 1993, 1998, 1999a, 2005). Shneidman (1993, 1999a, 2005), basandosi sulla teorizzazione di Murray, colloca i bisogni in due differenti categorie: (1) bisogni modali, sono quelli con i quali una persona può convivere, mentre (2) i bisogni vitali, attivati durante uno stato di minaccia, sono necessità la cui frustrazione non può essere tollerata, al punto che la persona potrebbe morire. Da queste necessità è possibile trarre informazioni a proposito della personalità e della vulnerabilità del singolo al suicidio (1999a). In particolare, sono sei i bisogni vitali individuati da Shneidman, la cui frustrazione potrebbe svolgere un ruolo nell'attuazioni del comportamento suicidario.

(a) Affiliazione - cooperare e contraccambiare con soggetti fisicamente o emotivamente prossimi, per compiacere o ottenere l'affetto di una persona rispettata, rimanere fedele ad un amico.

(b) Autonomia - per liberarsi, scrollarsi da eventuali freni ed evadere dal ritiro sociale. Resistere alle coercizioni e alle restrizioni. Per evitare o limitare le attività stabilite dalle autorità dispotiche. Essere indipendente e liberi di agire secondo i propri desideri, sfidando le convenzioni.

(c) Neutralizzazione - padroneggiare o compensare il fallimento per ottenere qualcosa. Cancellare un'umiliazione, superare la debolezza, reprimere la paura e cancellare il disonore. Mantenere il rispetto di sé e l'orgoglio ad un livello elevato.

(d) Dominanza - controllare il proprio ambiente. Influenza il comportamento degli altri attraverso la suggestione, la seduzione, la persuasione, la dissuasione.

(e) Ordine - mettere le cose o le idee in ordine. Raggiungere un accordo, l'organizzazione, l'equilibrio, collocazione delle cose o idee nel mondo esterno o interiore.

(f) Ricerca di cura e sostegno sociale - ottenere la gratificazione dei propri bisogni attraverso l'aiuto di altre persone empatiche. Essere supportato, sostenuto, protetto, amato, consigliato, guidato, perdonato, consolato, curato. Rimanere vicino a un "devoto protettore" o avere un sostenitore.

Concludendo, come affermato da Shneidman (1993), il suicidio è causato dalla frustrazione di esigenze che a loro volta generano un stato di dolore estremo caratterizzato da emozioni negative, unite alla costrizione cognitiva e all'incapacità di tollerare ulteriormente questo dolore, fino al punto in cui il suicidio è visto come l'unico mezzo di fuga.

La prospettiva psicologica del suicidio, ha rilevato attraverso alcuni studi, la presenza di un'interazione tra diversi fattori di rischio di natura psicologica.

Le evidenze raccolte sinora, continuano ad accumulare elementi a favore del fatto che la psychache o perturbazione interna contribuisce a spiegare la varianza unica nella predizione statistica del suicidio, anche quando altri fattori come la depressione o l'hopelessness vengono controllati (Berlim et al, 2003; Holden & McLeod, 2000; Holden et al, 2001; Pereira et al, 2010; Troister & Holden, 2010, 2013; Campos e Holden, 2015).

Analogamente a quanto rilevato dai precedenti studi cross-sectional, uno studio longitudinale a due anni (Troister & Holden, 2012) mostra che, i cambiamenti occorsi nella psychache sono i soli a contribuire significativamente nel predire i cambiamenti dell'ideazione del suicidio a prescindere da i cambiamenti verificatisi nelle variabili della depressione o della hopelessness. Queste scoperte supportano le affermazioni di Shneidman, secondo il quale, altri fattori sono rilevanti nel predire il suicidio solamente nella misura in cui sono in relazione alla psychache. Psychache e ideazione suicidaria hanno dimostrato di covariare nel corso del tempo, quando altri predittori vengono controllati, favorendo la visione della psychache in termini di fattore causale.

Le evidenze emerse attraverso l'analisi fattoriale (DeLisle & Holden, 2009; Troister e Holden, 2010, 2013) indicano che depressione, hopelessness e psychache costituiscono tre concetti fortemente correlati, tuttavia rappresentano costrutti tra loro a sé stanti.

La psychache è il principale predittore del rischio suicidario (Lester, 2000; Pompili, Lester, Leenaars, et al., 2008), infatti risulta essere associata al maggior numero di indici suicidari mostrandosi come il più prominente indicatore dell'inclinazione verso il suicidio (DeLisle e Holden, 2009; Berlim et al., 2003; Holden et al., 2001; Troister e Holden, 2010).

La psychache media gli effetti tra alessitimia e suicidalità (Keefer, Holden, & Gillis, 2009). Queste scoperte sono coerenti con la visione di Shneidman per cui, un dolore psicologico insopportabile media gli effetti di altri fattori psicologici rilevanti. Nonostante il modello di Shneidman si è dimostrato essere robusto tra campioni di studenti, carcerati e soggetti con diagnosi psichiatriche; campioni di entrambe i sessi e di varie fasce di età (vedi DeLisle & Holden, 2009; Flamenbaum & Holden, 2007; Holden et al., 1998; Troister e Holden, 2010; Campos e Holden, 2015), le sue applicabilità tra etnie e culture tuttavia devono ancora essere confermate (Pereira et al., 2010).

1.9.2. Alessitimia e dolore mentale

E' necessario fare un'attenta disamina del costrutto di mentalizzazione così come concettualizzato da Bion al fine di fornire una più complessa valutazione degli aspetti che riguardano il dolore mentale. Secondo l'autore, l'incapacità di tollerare la frustrazione tipica degli individui con dolore mentale, si riflette in un'evidente deficit nel processo di mentalizzazione. Inoltre, la capacità di mentalizzare richiede un'alta tolleranza per l'ambiguità. La capacità di tollerare l'ambiguità tra gli individui con tendenze o comportamenti suicidari è compromessa, come descritto precedentemente a proposito della tunnel vision.

Attualmente, il concetto di mentalizzazione si è dimostrato essere in linea con il costrutto della teoria della mente (Premack e Woodruff, 1978) e con quello di metacognizione, questa condizione evolve attraverso la convergenza di contributi metodologici e teorici. Jost, Kruglanski e Nelson (1998) forniscono una visione della metacognizione estremamente ampia, tanto, da includere al suo interno non solo il pensare al pensiero ma anche il pensare alle emozioni e alle motivazioni sia proprie che altrui. Wells (2000) ha confermato la ricerca sulla metacognizione alla terapia cognitiva. Nonostante la maggior parte della ricerca sulla metacognizione si concentri sui processi cognitivi, la visione allargata della metacognizione proposta da Jost, Kruglanski e Nelson (1998), comprende anche l'aspetto emotivo, e le applicazioni cliniche di Wells, sono volte a facilitare la

regolazione delle emozioni (Allen, Fonagy e Bateman, 2008). Bjorgvinsson e Hart (2006), hanno sostenuto che la sovrapposizione concettuale con la mentalizzazione, è massima negli approcci di terza generazione della terapia cognitivo comportamentale, ovvero, le terapie metacognitive e la mindfulness (Allen, 2009).

Tuttavia, tra la mentalizzazione come definita da Fonagy (1991) e la metacognizione descritta da Semerari, c'è una differenza. Considerando la prima ipotesi, detta unitaria, questa valuta la conoscenza degli stati mentali come fossero un continuum che procede in un crescendo dal livello più semplice, a quello più sofisticato; la seconda ipotesi, nota come teoria modulare, ritiene, che nel caso di funzionamento normale, la conoscenza degli stati mentali è il risultato di una interazione tra sotto funzioni indipendenti. Numerose ricerche neuroscientifiche (Frith & Frith 1999; Vogeley et al., 2001; Ruby & Decety 2003; Saxe et al., 2004; Mitchell et al., 2006), e cliniche (Semerari et al., 2003; Dimaggio et al., 2008; Prunetti et al., 2008) hanno dimostrato che ognuna di queste sotto funzioni che fanno parte della metacognizione (comprensione della propria e di stati mentali e la padronanza altre persone), sono composte da vari aspetti, e questi aspetti operano in maniera semiautomatica. Inoltre, alcune evidenze cliniche hanno fatto emergere come nello stesso paziente possano presentarsi allo stesso tempo, il deterioramento di una o più sottofunzioni mentre, altre funzioni mostrano di lavorare regolarmente. Anche all'interno di un gruppo di pazienti con quadri clinici analoghi tra loro potrebbero emergere discrepanze per quanto riguarda il tipo di funzionalità compromessa (Semerari et al., 2007).

Alla luce degli aspetti esposti sin qui, la metacognizione, può essere definita come un insieme di abilità cognitive e affettive che, permettono alle persone di pensare e regolare gli stati mentali personali e quelli di altre persone. Il fatto che la conoscenza della propria mente e quella degli altri costituiscano due sistemi distinti, solleva la questione di come questi interagiscono tra di loro e come questi processi siano resi possibili (Semerari et al., 2007).

Secondo la Simulation Theory (ST), il soggetto usa i suoi meccanismi mentali per percepire, calcolare e prevedere i processi mentali altrui (Gallese e Goldman, 1998). ST è stata sostenuta dalla scoperta di quelli, che sono stati chiamati neuroni specchio, si attivano sia quando vengono eseguite azioni finalizzate a uno scopo, sia quando si osservano le stesse azioni eseguite da altri (Rizzolatti et al., 1996; Gallese, 2001; Dimaggio et al., 2008). Gallese (2000) afferma che la capacità di simulare l'intenzione e la struttura motoria di una azione è la base neurale per lo sviluppo dell'empatia (Semerari et al., 2007). Tuttavia, in uno studio condotto utilizzando la tecnica dell'fMRI (Moriguchi et al., 2006) non viene confermata questa ipotesi. Gli individui con alessitimia mostrano una ridotta capacità di comprendere ed empatizzare con i sentimenti degli altri, e manifestano una maggiore inclinazione verso emozioni dolorose più di quanto non facciano

i soggetti del gruppo di controllo. A questo proposito, sarebbe importante tenere a mente che l'emisfero destro controlla la regolazione degli affetti, (Weinberg, 2000) ed è essenziale per la capacità di comprendere gli stati mentali altrui (Voeller, 1986; Baron-Cohen, 1997; Schore, 2000). La metacognizione include anche il concetto di alessitimia (Taylor et al., 1999; Vanheule, 2008; Semerari et al., 2008). Alessitimia descrive uno schema affettivo-cognitivo (Grandi et al., 2011) caratterizzato da difficoltà nell' identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni somatiche; difficoltà nel descrivere e comunicare emozioni e sentimenti alle altre persone; processi immaginativi limitati; stile cognitivo orientato esternamente e aderente alla realtà (Sifneos, 1973; Taylor et al., 1999; Trombini e Baldoni, 1999).

Levi e colleghi (2008), analogamente a quanto riscontrato in un ulteriore studio di Gvion e colleghi (2014), hanno dimostrato che, i problemi di comunicazione, descritti attraverso le difficoltà nella self-disclosure, la presenza di alessitimia, di tratti schizoidi e della solitudine, permettono di riconoscere persone che presentano ideazioni o precedenti comportamenti suicidari. Inoltre, solamente questo aspetto è stato in grado di determinare la letalità del gesto suicida. Gli autori propongono un modello per spiegare i risultati del loro studio secondo il quale, nel caso una persona sia incapace di chiedere aiuto la situazione diventa insostenibile. Questa situazione unita alla presenza di ulteriori stressor, produce uno stato di potenziale minaccia alla vita del soggetto. In particolare, gli uomini e le persone appartenenti a culture individualiste sembrerebbero più soggette a questa problematica.

Per concludere, il lavoro di Bion sul rapporto negativo tra il dolore mentale e la mentalizzazione, darebbe un sostegno all'ipotesi di un deficit per quanto riguarda l'alessitimia. In particolare, le persone con un più alto livello di dolore mentale, presenterebbero una ridotta capacità di mentalizzare unita ad una forte alessitimia, mentre gli individui con basso livello di dolore mentale mostrerebbero una forte capacità di mentalizzare e uno scarso, se non assente, livello di alessitimia.

1.10. Riflessioni conclusive

La scelta di impiegare il termine mentale invece che psicologico è legata al significato intrinseco dei termini stessi. Nell'ambito della filosofia inglese del 17° secolo, il termine *mind*, e di conseguenza il suo derivato mentale, acquisisce il significato di "sistema o sede dei processi cognitivi" caratterizzato da una minore connotazione spirituale (Mecacci, 2012). Attualmente, il termine mente pone maggiormente l'accento sugli aspetti cognitivi della totalità delle dimensioni che compongono la psiche. A tale proposito Bion ritiene che il dolore mentale emerge quando il

paziente è privo della capacità di soffrire. La sofferenza è associata alla capacità di un paziente di contenere ed elaborare le emozioni dolorose. La struttura concettuale di Bion si fonda sull'idea che il dolore mentale tragga origine da esperienze traumatiche impossibili da elaborare a livello mentale (in particolare impressioni sensoriali o movimenti emotivi che rimangono immutati, definiti elementi beta). Questa mancanza di elaborazione delle esperienze traumatiche non permette a queste persone di sviluppare capacità mentali di complessità crescente, come la simbolizzazione e l'astrazione. Bion utilizza il concetto di funzione alpha per etichettare ed indicare il processo della mentalizzazione per mezzo della quale gli elementi beta (fonte di dolore mentale) vengono digeriti e trasformati in pensieri. La funzione alpha, non appresa nel corso della crescita, non può essere attivata, di conseguenza gli elementi beta tossici restano non elaborati e possono essere espressi come dolore mentale. Al contrario, la sofferenza psichica è il risultato di una esperienza negativa tollerata dalla mente e simbolizzata attraverso la funzione alpha dell'apparato mentale. Il superamento della soglia di tolleranza personale del dolore emotivo tipica di ogni paziente determina l'insorgere di uno stato di sofferenza psichica oppure di dolore mentale.

Sulla base dei risultati ottenuti nel corso delle revisioni sistematiche realizzate al fine procedere nell'identificare il quadro teorico di riferimento e allo stesso tempo di individuare lo strumento più adeguato a valutare il dolore mentale la nostra scelta è ricaduta sull'operalizzazione da cui ha tratto origine la concettualizzazione del dolore mentale ad opera di Orbach e colleghi (2003a). L'OMMP è l'unico strumento diretto a fornire una misurazione del costrutto del dolore mentale prescindendo dall'indagare la frequenza con cui si manifesta questo fenomeno. Questo rappresenta un enorme vantaggio nella ricerca volta a delineare una puntuale definizione del costrutto di dolore mentale caratterizzato ancora oggi da sovrapposizioni concettuali e da un imprecisato ruolo rispetto ad alcuni quadri di sofferenza. L'OMMP è inoltre, il solo strumento psicometrico a fissare una valutazione multidimensionale del dolore mentale riflettendo così la multidimensionalità delle funzioni psichiche coinvolte. Inoltre, gli autori introducendo nuovi aspetti d'indagine rispetto alle definizioni da tempo presenti in letteratura.

L'OMMP, non è legato al comportamento suicidario quanto il PAS che nasce allo scopo di operationalizzare la concettualizzazione teorica di Shneidman. Infatti, il dolore mentale di per sé non induce direttamente la messa in atto del comportamento suicidario, quanto piuttosto la sua presenza può accrescere la probabilità di tale comportamento. L'OMMP si è dimostrato essere più accurato e maggiormente sensibile nel misurare le variazioni di alcuni indici neurofisiologici rispetto al PAS.

CAPITOLO 2 - VALIDAZIONE ITALIANA DELL'ORBACH AND MIKULINCER MENTAL PAIN SCALE (OMMP)

2.1. La misurazione del dolore mentale

Attualmente, per quanto riguarda il dolore mentale, sono presenti diversi strumenti, basati su fondamenti teorici distinti, con caratteristiche tra loro divergenti.

Un altro aspetto problematico riguarda la mancanza di una definizione univoca di dolore mentale. La mancanza di accordo sul costrutto di dolore mentale emerge chiaramente a partire dalle diverse etichette utilizzate per descrivere lo stesso concetto.

Freud fu il primo ad affermare che l'apparato psichico dell'uomo non possedeva la capacità di pensare o elaborare il dolore (Freud, 1911). Secondo Bion (1970) una volta acquisita la capacità di tollerare il dolore psichico, la mente deve anche sviluppare una sufficiente capacità di tollerare la frustrazione, se ciò non avviene l'individuo potrebbe andare incontro a problematiche legate alla funzione simbolica e al processo del pensiero. All'interno di questo quadro teorico di riferimento, Fleming (2006) sostiene che il dolore mentale e la sofferenza psichica vengono spesso erroneamente utilizzati come sinonimi. Il soggetto che presenta dolore mentale, non è in grado di descrivere con le parole, e quindi di comunicare agli altri la propria sofferenza, inoltre non riconosce nessun evento o persona, come causa primaria riconducibile al proprio stato, infine il condividere il proprio vissuto con qualcuno non ne allevia la sofferenza.

Baumeister (1990) nella sua teoria del suicidio, formula una definizione indiretta di dolore mentale. L'autore afferma che la motivazione principale che induce una persona a mettere in atto condotte autolesive è riconducibile al desiderio di fuggire da sé stessi. L'autoconsapevolezza di sé è data dal confronto di sé con standard interni o esterni e quando si ha la sensazione che il proprio

sé non sia all'altezza di tali standard, tale concezione negativa di sé sembra essere particolarmente associata al suicidio. In quest'ottica il dolore mentale è riconducibile ad una sempre maggiore consapevolezza negativa di sé, originata dalla crescente discrepanza tra il sé reale e quello ideale e può essere descritto come un senso di auto-delusione.

Analogamente a quanto affermato da Bakan (1968), Bolger sottolinea che l'individuo avverte dolore mentale quando, consapevole di essere separato dagli altri significativi, avverte un'impellente minaccia alla propria incolumità e di conseguenza viene evocata la paura di essere annientati (perdita di sé). Pertanto, anche questa teoria, riconduce alla centralità delle relazioni precoci.

La teoria del suicidio (1993) di Shneidman, ha fornito uno dei maggiori contributi al concetto di dolore mentale. *Psychache*, termine coniato da Shneidman per descrivere il dolore mentale, si riferisce al male, all'angoscia, alla sofferenza e al dolore psicologico avvertito a livello della psiche.

La fonte del dolore psicologico deve essere ricercata nella frustrazione di bisogni psicologici avvertiti come vitali dall'individuo, e la cui frustrazione non può essere tollerata (Shneidman, 1993). Tali bisogni si rifanno alla teoria della personalità di Murray (1955), in cui vengono suddivisi in "viscerogeni" (o primari) e "psicogeni" (o secondari). Questo stato di frustrazione fa scaturire un insieme di emozioni negative quali, senso di colpa, vergogna, sconfitta, umiliazione e dolore, che possono trasformarsi in un'esperienza generalizzata di angoscia insopportabile definita perturbazione emotiva. Quando il dolore raggiunge la *psychache* e superando la soglia di tolleranza individuale (Shneidman, 1985) il soggetto ha un maggior rischio di mettere in atto un comportamento suicidario. La frequenza, la durata e l'intensità con cui vengono vissute le perturbazioni emotive, esercitano un'influenza sull'eventuale superamento della propria soglia di tolleranza personale (Meerwijk & Weiss, 2011).

Le ricerche condotte ad oggi mostrano che il dolore mentale potrebbe essere fortemente correlato con il sentimento di *hopelessness* (il venir meno di ogni speranza), il suicidio e i sintomi depressivi e ansiosi. Le evidenze a favore di queste affermazioni sono state rilevate in alcuni studi condotti su diverse popolazioni non cliniche, quali studenti (DeLisle & Holden, 2009; Holden et al., 2001; Flamenbaum & Holden, 2007; Leenaars & Lester, 2005; Orbach et al., 2003b; Troister & Holden, 2010; Troister & Holden, 2012), carcerati (Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010), uomini senza fissa dimora (Patterson & Holden, 2012), militari (Shelef et al., 2015), superstiti dell'Olocausto (Ohana et al., 2014), nella popolazione generale (Orbach et al., 2003a,b; Soumani, et al., 2011) e in campioni di soggetti appartenenti a culture non Occidentali (Owoeye et al., 2007).

Alcuni studi hanno, invece, valutato questo rapporto all'interno di popolazioni psichiatriche (Mee et al., 2011; Olié et al., 2010; van Heeringen, 2010; Reisch et al., 2010; Berlim et al., 2003; Pompili et al., 2008; Guimarães et al., 2014; Gvion et al., 2014; Gvion et al., 2015; Orbach et al., 2003b). Tali ricerche rilevano che alti livelli di dolore mentale sono stati individuati in soggetti con diagnosi psichiatriche, in particolare in persone con una storia di tentato suicidio o con una diagnosi di disturbo depressivo.

Altri studi presenti in letteratura hanno indagato la relazione tra dolore mentale e alcuni fattori psicofisiologici (Meerwijk et al., 2014, 2015), rilevando come ad una bassa frequenza cardiaca a riposo e alla minore attività della Default Mode Network (rete cerebrale a riposo o rete cerebrale di default) corrisponda un maggiore livello di dolore mentale. Questi fenomeni riflettono un persistente stato di arousal, riconducibile ad una attivazione del Sistema Nervoso Simpatico.

Infine, Mee e collaboratori (2006) sono stati i primi ad ipotizzare un coinvolgimento di diverse aree cerebrali nel dolore mentale. Analizzando una serie di studi di neuroimaging funzionale in cui vengono indotti stati di tristezza, esclusione sociale, afflizione e anticipazione di stimoli dolorosi, gli autori hanno messo in luce una sovrapposizione delle strutture cerebrali implicate nel dolore sia esso fisico che psicologico (Meerwijk et al., 2013). In particolare, le aree interessate sono l'insula, la corteccia prefrontale e la corteccia cingolata anteriore. A tale proposito, con l'intento di determinare e descrivere il funzionamento neuroanatomico del dolore mentale, Van Heeringen e colleghi (2010) hanno evidenziato, in un campione di 39 soggetti depressi, un'associazione tra elevati livelli di dolore mentale e un aumento del flusso ematico cerebrale, in particolare a livello delle aree prefrontali, coinvolte nel compito di processare le emozioni. Reisch e collaboratori (2010) hanno dimostrato che quando le persone emotivamente turbate scelgono il suicidio, come soluzione alla condizione di dolore mentale, viene registrata una maggiore attività nella corteccia prefrontale mediale, in quella cingolata e nell'ippocampo. Questa attivazione è coerente con il comportamento diretto al raggiungimento della riduzione del dolore attraverso la messa in atto della condotta suicidaria. Il suicidio, tenendo presente quest'ottica, può essere considerato come un comportamento funzionale, poiché permette alle persone di porre fine al dolore (Baumeister, 1990) e al tempo stesso di ottenere sollievo (Murray, 1967).

Emerge quindi l'importanza di creare e di utilizzare strumenti che innanzitutto forniscano una valida formulazione concettuale di dolore mentale e in secondo luogo che ne permettano una misurazione adeguata.

Orbach e colleghi (2003a), definiscono il dolore mentale come un insieme di esperienze soggettive, in particolare caratterizzate dalla percezione dell'individuo che sono avvenuti cambiamenti negativi in sé stesso. Il dolore mentale si dimostra essere un fenomeno

multidimensionale che coinvolge aspetti cognitivi, emotivi e psichici. Questa concettualizzazione del dolore mentale, permette di considerarlo come una normale condizione esistenziale non esclusivamente coinvolta nei processi psicopatologici (Orbach et al., 2003a; Bion, 1970). Nonostante questa definizione mostri alcune affinità con quelle fornite da Bolger e Shneidman, come dichiarato dallo stesso autore, essa prende in considerazione anche altri aspetti, mai esaminati prima. Tra questi fattori troviamo: l'irreversibilità del dolore, il freezing (immobilità condizionata), il *flooding* emotivo, l'autoestraniazione e la confusione. Facendo riferimento alla concettualizzazione di dolore mentale fornita da Orbach e collaboratori (2003a), il dolore può essere considerato una condizione normalmente riscontrabile nella popolazione generale, una rappresentazione di uno stato soggettivo a sé stante, separato dalle altre emozioni negative e da altri stati mentali come quello depressivo ed ansioso. Shneidman (1993) dichiara che il dolore mentale è direttamente associato con le condotte suicidarie e media gli effetti di altri stati psicologici, quali depressione e *hopelessness*. A tale proposito sono stati condotti numerosi studi, che hanno rilevato come nonostante vi sia una forte correlazione tra dolore mentale, depressione e *hopelessness*, si possa parlare di fattori tra loro distinti (vedi ad esempio Troister & Holden, 2010). Tuttavia, il dolore mentale in quanto stato mentale soggettivo può presentare delle assonanze ed essere associato con altri stati mentali, in particolare con depressione e ansia. Diventa necessario ed utile per delineare l'utilità del costrutto di dolore mentale, valutare la direzione e la forza della possibile associazione o sovrapposizione tra quest'ultimo e i concetti di depressione ed ansia. Il questionario autovalutativo Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP), realizzato dagli stessi autori è lo strumento grazie al quale sono riusciti ad ottenere la definizione di dolore mentale. Questo strumento è stato impiegato in un numero non molto ampio di ricerche ed è stato validato in Israele (Orbach e colleghi, 2003a) e in Portogallo (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014). In Italia, ad oggi questo strumento non è stato ancora impiegato.

Scopo principale del lavoro è di esaminare le proprietà psicometriche della versione italiana dell'Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP) di Orbach e colleghi (2003a). Nello specifico, ottenere dati sulla capacità dell'OMMP di fornire un profilo di dolore mentale analogo a quello raccolto attraverso la somministrazione della scala *Psychache Scale* (PAS; Holden et al., 2001) (validità convergente). Scopo secondario è stato quello di valutare la relazione tra dolore mentale da una parte e sintomi depressivi e ansiosi dall'altra. In particolare, valutare se il dolore mentale possa essere considerato come uno stato psicologico a sé stante, distinto da altri stati di distress psicologico.

2.2. La creazione dell'OMMP

Shneidman (1999) tentò per la prima volta di operationalizzare il dolore mentale, misurando la frustrazione dei bisogni vitali e la perturbazione legata a questo stato mentale. Tuttavia, non è mai stato sottoposto ad un processo di validazione.

Holden e colleghi (2001) allo scopo di verificare la teoria del suicidio di Shneidman, considerando la definizione di *psychache*, misero a punto la *Psychache Scale* (PAS). A conferma di questo modello teorico esistono diversi studi (Berlim et al., 2003; Mills et al., 2005; Holden et al., 2001). La mancanza di un accordo sulla definizione di dolore mentale unita alla necessità ottenere una soddisfacente misurazione spinse Orbach e i suoi collaboratori, a creare uno strumento in grado di cogliere la multidimensionalità di tale costrutto. Orbach e colleghi (2003a) sono ricorsi ai principi della *grounded theory analysis* e dell'analisi del contenuto utilizzando un approccio narrativo, analogamente a quanto fatto da Bolger, allo scopo di definire e operationalizzare il dolore mentale. In un precedente studio pilota gli autori intervistarono un campione di soggetti composto da pazienti e soggetti selezionati dalla popolazione generale, con un'età compresa tra i 15 e i 75 anni. Alcuni soggetti furono selezionati casualmente, mentre altri furono scelti per via della loro maggiore possibilità di esperire dolore mentale. Ai partecipanti vennero poste diverse domande legate all'esperienze di dolore mentale. Il contenuto delle loro risposte fu analizzato e strutturato in 220 item. Questa scala venne somministrata ad un campione di 402 soggetti con caratteristiche analoghe a quelle del primo campione. I dati raccolti sono stati sottoposti ad item analysis, alla valutazione dell'attendibilità e alle procedure dell'analisi fattoriale. I nuovi item ottenuti, a seguito delle analisi, sono stati somministrati ad un nuovo campione e successivamente analizzati come i precedenti.

La scala finale, composta da 44 items, è stata sviluppata e validata attraverso un serie di studi (Orbach et al., 2003a,b). La versione finale della scala OMMP si compone di 9 fattori: irreversibilità, perdita di controllo, ferite narcisistiche, *flooding* emotivo, freezing, autoestraniazione, confusione, bisogno del supporto degli altri, vuoto interiore. Gli autori hanno previsto non solo un punteggio totale, ma anche un punteggio per ogni singolo fattore. La scala ha mostrato accettabili valori di coerenza interna (il coefficiente di alpha di Cronbach oscilla tra 0.74 e 0.95) e attendibilità test-retest. Gli autori valutando la validità discriminante e convergente hanno rilevato che fatto eccezione per la scala del bisogno del supporto altrui, i restanti fattori correlano con la depressione e l'ansia. I fattori delle scale correlano solo moderatamente con la depressione (da 0.26 a 0.64) e l'ansia (da 0.27 a 0.50). Queste associazioni suggeriscono che la scala del dolore mentale valuta un'esperienza soggettiva che si distingue concettualmente da altri stati di *distress* psicologico, quali depressione e ansia. La scala OMMP si dimostra capace di discriminare tra

soggetti che mettono in atto il suicidio da coloro che non lo fanno, tuttavia non è in grado di distinguere tra le persone che mettono in atto tentativi di suicidio fatale e non. La maggior parte dei fattori della scala OMMP sono positivamente associate con l'attrazione per la morte e la repulsione per la vita, mentre sono inversamente legati all'ottimismo e al *meaning of life* (significato della vita).

Analizzando il contenuto della struttura fattoriale è possibile definire il dolore mentale come un senso di perdita irrevocabile (irreversibilità), una ferita narcisistica, e una percezione negativa del sé e delle sue funzioni (la perdita di controllo, il *flooding*, l'estraniamento, il *freezing*, la confusione, il vuoto), accompagnata da sentimenti e pensieri negativi che sono causati dalla perdita di un altro significativo o per la perdita di sé (autodelusione, non raggiungimento degli obiettivi) (Orbach, 2003). Gli aspetti già inclusi nelle precedenti definizioni sono: senso di perdita, perturbazione, ferite e mancanza di significato. La nuova scala aggiunge qualità esperienziali alla definizione di dolore mentale, quali irreversibilità del dolore, il *freezing*, l'estraniamento, confusione e il bisogno degli altri.

La prima versione della scala composta da 9 fattori è stata ridotta a 8 fattori (comunicazione personale dell'autore, 2010) in seguito all'esclusione del fattore inerente il bisogno di supporto sociale a causa di un valore basso dell'alpha di Cronbach.

2.3. Metodi

2.3.1. Partecipanti

Ogni partecipante ha compilato una scheda sociodemografica riguardante sesso, età, status socioeconomico, condizione lavorativa, orientamento sessuale, stato di salute e stili di vita.

Il campione è composto da 442 soggetti italiani adulti, di cui 171 maschi e 271 femmine, di età variabile da un minimo di 18 ad un massimo di 85 anni, la cui media è 32.89 (DS = 11.99). Il campione è stato suddiviso in tre fasce di età: prima (18-29 anni; 48.6%), seconda (30-59 anni; 43.7%) e terza (60-85 anni; 5%).

Per quanto riguarda lo stato civile 300 partecipanti dichiarano di essere nubili/celibi (67.9%), il 27.6% dichiara di essere coniugato/convivente e infine 20 soggetti affermano di essere separati/divorziati o vedovi. Il livello del titolo di studio dei partecipanti è stato suddiviso in due gruppi: livello di istruzione superiore (scuola secondaria di secondo grado e titoli/diplomi universitari) in cui rientrano la maggior parte dei soggetti (80.1%) e livello di istruzione inferiore

in cui si colloca il restante 19.9% dei soggetti. Nessuno dei partecipanti ha ricevuto compensi economici per prendere parte alla ricerca.

2.3.2. Procedure

Sono state effettuate due traduzioni indipendenti della scala OMMP (Orbach et al., 2003a) da due psicologi clinici esperti e competenti nella lingua inglese. Le due traduzioni sono state confrontate ed è stata messa a punto una versione condivisa. Successivamente, la versione italiana è stata sottoposta al processo di *back-translation* (Van de Vijver & Leung, 1997) in inglese, da parte di un traduttore madrelingua inglese, senza conoscere il testo originale. Quest'ultima versione e la versione originale sono state confrontate da alcuni professionisti nell'ambito della salute mentale al fine di valutare la loro compatibilità. In seguito a questo incontro, alcuni *items* sono stati modificati. Attraverso uno studio pilota, condotto su 15 soggetti, è stata valutata la chiarezza, la comprensibilità degli item e la validità di facciata. Il risultato di questo studio ha permesso di mettere a punto la versione finale della scala italiana dell'OMMP. La stessa procedura di traduzione è stata applicata anche per la scala PAS.

La raccolta dei dati ha avuto luogo in un periodo della durata di 5 mesi (da Maggio a Ottobre 2015). La somministrazione è avvenuta sia mediante la modalità cartacea che quella online, attraverso la diffusione su social network.

Ai soggetti che esprimevano la volontà di partecipare allo studio, veniva chiesto di completare il consenso informato e il trattamento dei dati è stato eseguito nel rispetto della legge sulla privacy e garantendo con adeguate procedure l'anonimato dei partecipanti.

Per essere incluso nella ricerca, un soggetto doveva soddisfare i seguenti criteri di inclusione: avere un'età compresa tra i 18 e 85 anni, comprendere la lingua italiana scritta, non presentare lesioni cerebrali, deficit cognitivo o disturbi mentali. Inoltre, data la presunta relazione tra dolore mentale e disturbi psicologici, sono stati esclusi dalla ricerca tutti coloro che seguivano una terapia con psicofarmaci.

2.3.3. Strumenti

Ad ogni soggetto è stata chiesta di compilare una batteria composta da tre questionari self-report. La versione italiana della *Psychache Scale* (PAS) di Holden et al (2001) è un questionario self-report composto da 13 *items* che valutano il dolore psicologico (*psychache*) in quanto condizione

necessaria per la messa in atto della condotta suicidaria. Lo sviluppo dello strumento si basa sulla teorizzazione di Shneidman secondo cui la *psychache* è derivata dalla frustrazione dei bisogni vitali. I primi 9 *items* sono valutati attraverso una scala Likert a 5 punti in cui ai soggetti viene chiesto di valutare la frequenza con cui si verifica quanto riportato per ogni item, secondo una scala Likert a 5 punti che varia da mai a sempre. Per i restanti 4 item le risposte valutano l'accordo espresso su una scala Likert a 5 punti ai cui estremi troviamo fortemente in disaccordo e fortemente d'accordo.

La PAS è solitamente considerata una scala unidimensionale (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005), con buone proprietà psicometriche, come è stato rilevato da alcuni studi che hanno coinvolto campioni di soggetti con differenti caratteristiche. La coerenza interna supera lo .90 (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010; Campos & Holden, 2015). La scala è in grado di distinguere tra coloro che mettono in atto il suicidio oppure no. È stata anche rilevata la capacità della scala di predire la suicidalità quando gli effetti di depressione e *hopelessness* sono stati statisticamente controllati (Holden et al., 2001; DeLisle & Holden, 2004). Le evidenze per quanto riguarda i campioni clinici sono estremamente ridotte (Owoeye et., 2007).

La versione italiana dell'OMMP utilizzata in questo studio è quella a 40 items ed è stata sviluppata al fine di valutare il dolore mentale. Ogni item è valutato su una scala Likert a 5 punti che oscilla da fortemente in disaccordo (1) a fortemente d'accordo (5). L'analisi fattoriale ha mostrato che la scala è composta da 8 fattori: (a) irreversibilità, (b) perdita di controllo, (c) ferite narcisistiche, (d) *flooding* emotivo, (e) *freezing*, (f) autoestraniazione, (g) confusione, (h), e (i) vuoto interiore. Punteggi elevate riflettono un dolore mentale più intenso. L'OMMP ha mostrato di aver buone proprietà psicometriche sia nelle popolazioni cliniche che in quella generale. La coerenza interna dei diversi fattori oscilla tra lo .72 e lo .95 (Levi et al., 2008; Shelef et al., 2015) mentre quella totale sembra essere attestata oltre .89 (Gvion et al., 2014; Shelef et al., 2015).

La versione italiana del *Symptom Questionnaire* (SQ) di Kellner (1987) è un questionario autovalutativo, basato su quattro dimensioni principali: ansia, depressione, ostilità, sintomi somatici. Ognuna di queste è a sua volta suddivisa in due sottoscale, una relativa ai sintomi e l'altra al corrispondente stato di benessere per un totale di otto sottoscale. L'SQ prevede risposte dicotomiche del tipo Sì/No o Vero/Falso ed è composto da 92 item (68 indicano i sintomi, mentre gli altri 24 individuano uno stato di benessere. Maggiore è il punteggio, maggiore è il *distress* psicologico del soggetto.

2.3.4. Analisi statistiche

I dati ottenuti sono stati inseriti in un apposito database e successivamente analizzati con il pacchetto statistico SPSS 21.0 versione (SPSS Inc., Chigaco, IL). Le variabili continue sono state riportate come medie (deviazioni standard) e le variabili categoriali come percentuali. La relazione tra i punteggi dell'OMMP e le variabili categoriali (sesso, età, stato civile, istruzione) sono state analizzate attraverso i test t di Student e le analisi multivariate della varianza (MANOVA). I confronti post-hoc sono stati effettuati utilizzando i test di Bonferroni. Le associazioni tra i punteggi dell'OMMP e le variabili discrete (depressione e ansia dell'SQ) sono state realizzate utilizzando i coefficienti di Pearson. Il test Z a un solo campione è stato realizzato, utilizzando un foglio di sintassi per SPSS precompilato. Nelle analisi effettuate il valore di p è considerato significativo quando è pari o minore a 0.05

2.4. Risultati

Dal calcolo della t di Student e dell'ANOVA sono emerse delle differenze significative nei punteggi ottenuti relativamente alle variabili genere, età, stato civile e livello di istruzione.

Per quanto riguarda la variabile genere, non sono emerse differenze significative nei diversi fattori che compongono la scala dell'OMMP (Tabella 2).

L'analisi della varianza multivariata rivela un effetto significativo (MANOVA, $F(16,840) = 5.47$, $p < .01$) dell'età sull'insieme dei 8 fattori che compongono l'OMMP. Le analisi univariate mostrano che quest'effetto è significativo nella maggior parte dei fattori, fatta eccezione per l'irreversibilità e l'autoestraniazione. Dai confronti post hoc è emerso che il gruppo dei giovani ottiene valori più elevati nei diversi fattori dell'OMMP e a seguire troviamo i partecipanti di mezz'età (Tabella 3).

Per quello che riguarda lo stato civile (Tabella 3) dall'analisi della varianza multivariata è emerso che c'è un effetto significativo di questa condizione sulla scala dell'OMMP (MANOVA, $F(16,864) = 3.84$, $p < .01$) Le analisi univariate rivelano che l'unico fattore per cui l'effetto dello stato civile non è significativo è quello dell'irreversibilità. I confronti multipli mostrano che nel fattore di autoestraniazione non vi sono differenze significative tra i tre gruppi, mentre per i restanti 7 fattori la condizione di nubilato/celibato è quella che si distingue significativamente dalle altre due condizioni ottenendo punteggi superiori. In particolare, questo gruppo ha sempre punteggi superiori di dolore mentale rispetto al gruppo dei coniugati/conviventi e in tre occasioni (perdita di controllo, ferite narcisistiche e freezing) anche del gruppo separati/divorziati e vedovi.

La variabile istruzione (Tabella 4) non ha evidenziato differenze significative nelle seguenti tre dimensioni: perdita di controllo, ferite narcisistiche e *flooding* emotivo. Nei restanti fattori in cui è emersa una differenza statisticamente significativa, il gruppo di partecipanti con un livello di istruzione più basso mostra maggiori livelli di dolore mentale.

Considerando i punteggi medi ottenuti dal nostro campione negli 8 differenti fattori, il *flooding* emotivo, seguito della perdita di controllo e dalla confusione, sono i fattori che riportano le medie più elevate (Tabella 1). Prendendo in esame i dati ottenuti da Orbach e collaborati (2003b) e confrontandoli con i punteggi medi ottenuti nel nostro studio si rileva che sono in accordo, fatta eccezione per la dimensione delle ferite narcisistiche. Inoltre, emerge un diverso ordine di rilevanza dei fattori. In particolare, nel campione di Orbach e colleghi sono le ferite narcisistiche ad ottenere il punteggio medio più elevato. Per quanto riguarda il punteggio totale (Tabella 1), questo risulta essere significativamente inferiore ($z = -25.78, p < .001$) a quello ottenuto da Levi e colleghi (2008).

La coerenza interna dell'intera scala è 0.970 (Tabella. 1). I coefficienti dell'alfa di Cronbach degli 8 fattori, che oscillano tra 0.653 e 0.897, sono accettabili fatta eccezione per l'autoestraniazione.

Dalla matrice di correzione (Tabella. 5) fra le due scale che valutano il dolore mentale emerge che i diversi fattori dell'OMMP sono correlati positivamente con il PAS fatta eccezione per il fattore del vuoto interiore che mostra una correlazione moderata ($r = .575, p < .001$).

Sintomi depressivi, ansiosi e i distinti fattori dell'OMMP (Tabella. 5) sono tra loro significativamente e positivamente correlati. I dati rilevano una più stretta correlazione tra sintomi depressivi (da 0.570 a 0.710) e dolore mentale, rispetto ai sintomi ansia (da 0.463 a 0.659). Le correlazioni sono moderatamente forti fatta eccezione per quella tra la perdita di controllo e sintomatologia depressiva.

2.5. Discussione e conclusioni

Da questa ricerca emerge che la versione italiana dell'OMMP, composta da 40 item è uno strumento attendibile e valido per la valutazione del dolore mentale nella popolazione generale, fatta eccezione per la dimensione dell'autoestraniazione. Questa dimensione sembrerebbe non essere in grado di cogliere le manifestazioni descritte dagli item di questa scala. La dimensione dell'autoestraniazione, che si riferisce all'incapacità di integrare i cambiamenti nella propria identità, aveva mostrato una coerenza interna minore delle altre dimensioni già nello studio di validazione dell'OMMP condotto su un campione di soggetti sani. A seguito della riformulazione

della struttura fattoriale interna della scala, Guimarães e colleghi (2014) hanno escluso questo fattore dalla propria soluzione finale. La ragione potrebbe essere ricondotta alla formulazione delle affermazioni che vanno a costituire la scala, ad esempio, “Mi sento come se non fossi reale”.

I fattori sociodemografici indagati ci hanno permesso di delineare un quadro dei soggetti che presentano maggior dolore mentale. Innanzitutto, vogliamo evidenziare che negli studi a nostra disposizione questi fattori sono stati scarsamente, se non del tutto omessi. Pertanto, si è rivelato complesso comprendere se questi risultati possano essere generalizzati a qualsiasi popolazione di soggetti normali. Analogamente a quanto rilevato da Orbach e collaboratori (2003a) il genere non influisce sull'intensità di dolore mentale percepito. Questo dato potrebbe essere ricondotto al legame che intercorre tra dolore mentale e suicidio, essendo il suicidio, inteso come messa in atto del comportamento autolesivo, una pratica ad appannaggio degli uomini. Nel periodo che intercorre tra il 2005 e il 2010, in Italia 2399 uomini hanno attuato il suicidio (Istat, 2010).

I soggetti del gruppo identificato con l'etichetta giovani mostra un livello di dolore maggiore (Orbach et al., 2003a). Più precisamente il costrutto di dolore mentale non risente delle diverse condizioni del fattore età per quanto riguarda la dimensione della autoestraniazione (già descritta in precedenza) e dell'irreversibilità. Quest'ultima, si riferisce alla percezione dello stato di dolore come irreversibile e perpetuo in cui il soggetto non riesce a riconquistare ciò che ha perso. In ogni caso, l'esperienza del dolore sembrerebbe rivelare che le persone anziane, oltre ad avere minori livelli di dolore mentale, presentino una migliore resilienza (Ohana et al., 2014). Questa capacità, permettendo loro di affrontare meglio, più velocemente gli eventi o i cambiamenti negativi della vita e con maggiori risorse il dolore mentale. Dall'analisi dello stato civile, emerge che i soggetti nubili/celibi sperimentano maggiore dolore mentale in tutte le dimensioni, fatta eccezione per l'irreversibilità. Potremmo quindi affermare che analogamente a quanto rilevato da Diener e collaboratori (2000) le persone sposate mostrano livelli di benessere superiore e contemporaneamente un minor livello di stress rispetto a coloro che non sono sposate. Inoltre, un'ulteriore conferma di questo dato, ci viene direttamente dai dati raccolti a proposito dell'età, la quasi totalità dei giovani non sono sposati o non convivono.

Mentre Orbach e collaboratori (2003a) non hanno rilevato nessuna differenza tra queste variabili, nel nostro studio il gruppo dei soggetti con un livello di istruzione superiore ottiene punteggi più bassi rispetto agli altri soggetti nella maggior parte dei fattori della scala del dolore mentale. Come descritto da Ross e Willingen (1997) le persone con un basso grado di educazione, presentano alti livelli di *distress* psicologico. Secondo quanto dimostrato dagli autori, questa condizione educativa, accresce la probabilità di alimentare il *distress* a causa di lavori alienanti, di un basso reddito con conseguente scarso potere d'acquisto e di ridotte risorse sociali. Ne consegue che i

soggetti con una scarsa educazione, percepiranno il fatto di esercitare uno scarso controllo su di sé e sulla propria vita (Ross & Willingen, 1997). Tuttavia, i nostri risultati confermano solo parzialmente queste affermazioni poiché 3 fattori della scala non sembrano risentire dell'effetto dell'istruzione sull'esperienza di dolore mentale. Tra questi, vi sono la perdita di controllo: dimensione che raccoglie le componenti esperenziali dell'incontrollabilità e dell'imprevedibilità ricondotti a sé stessi e al proprio futuro; le ferite narcisistiche: fattore che descrive la dimensione esperenziale dei sentimenti di rifiuto e abbandono; il *flooding* emotivo: dimensione che riflette l'incapacità di far fronte alle numerose esperienze di stati emotivi intensi che invadono il soggetto. Una spiegazione plausibile a questi dati potrebbe essere ricondotta all'attuale crisi economica, la quale avrebbe un impatto negativo sulla qualità dello stato di salute percepito della persone. Questo risultato è stato rilevato in diversi studi che mostrato come durante le crisi finanziarie lo stato di salute delle persone decresca al punto da necessitare di un periodo prolungato di tempo per ritornare alla normalità. Inoltre, l'attuale crisi economica ha portato con sé numerose conseguenze negative che si sono riversate sul benessere della popolazione, sulla diffusione e l'aggravarsi di problemi di salute mentale che possono portare alla messa in atto del suicidio (Van Hal, 2015). Possiamo, quindi, affermare che attraverso la nostra indagine abbiamo mostrato il legame sotteso tra alcune variabili sociodemografiche e le diverse dimensioni che costituiscono il costrutto di dolore mentale così come definito da Orbach. È evidente che il profilo sociodemografico che ne deriva, sarà caratterizzato da persone con un'età compresa tra i 18 e 29 anni, che non vivono in una situazione di convivenza con il partner e che abbiamo un livello culturale inferiore. Per quanto riguarda i punteggi medi dei fattori dell'OMMP, la dimensione che meglio descrive il nostro campione è il *flooding* emotivo (Guimarães et al., 2014) caratterizzato da una forte percezione negativa di sé e dall'incapacità di regolare le emozioni negative che si traduce in una crescita del dolore mentale e in una contemporanea riduzione della soglia di tolleranza. Questo dato, sembrerebbe allinearsi con gli studi neurologici presenti in letteratura a proposito dell'utilizzo dell'emisfero sinistro (Weinberg, 2000). I risultati emersi del nostro studio sono in linea con quelli di Orbach e collaboratori (2003b) ad eccezione della dimensione ferite narcisistiche. Infatti, questo fattore si è dimostrato centrale nel campione di controllo Israeliano, ottenendo il punteggio medio più elevato. Tuttavia, l'importanza giocata da questa dimensione nel costrutto di dolore mentale è emersa anche in soggetti con patologie psichiatriche e in soggetti che hanno messo in atto la condotta suicidaria. Pertanto, si potrebbe ipotizzare che questo risultato sia un riflesso della cultura di appartenenza. Non è difficile pensare che gli Israeliani nel 2003, potessero avvertire un forte senso di vulnerabilità, di abbandono e di rifiuto visto il particolare periodo di crisi politico-sociale. A tale proposito è utile ricordare che nel 2003 era in corso la

seconda intifada, un'aspra rivolta caratterizzata dalla ripresa degli attacchi terroristici (in primo luogo gli attentati suicidi) nelle città dello stato di Israele, perpetrati principalmente sui mezzi di trasporto e nei luoghi di aggregazione collettiva. Non ci sorprende, infatti, che il nostro campione mostri un minor livello di dolore mentale rispetto al punteggio medio ottenuto da un campione di soggetti della popolazione generale di nazionalità israeliana (Levi et al., 2008).

Possiamo affermare che, nonostante il PAS sia uno strumento unidimensionale diretto ad indagare il dolore mentale in quanto mediatore del suicidio, e l'OMMP, una scala multidimensionale che considera il dolore mentale come un'esperienza esistenziale di base, i due strumenti risultano fra loro fortemente correlati. L'unica dimensione che si distingue è quella del vuoto interno che presenta una correlazione moderata. La spiegazione potrebbe essere dovuta al fatto che gli *items* che compongono tale dimensione hanno una forte connotazione negativa, essi si riferiscono alla perdita di significato e di scopi nella vita. A tale proposito, vediamo che la scala del vuoto emotivo, ricopre un ruolo più rilevante nelle popolazioni cliniche (Guimarães et al., 2014).

Per quanto riguarda la validità discriminante, possiamo rilevare che le correlazioni tra OMMP, la sottoscala della depressione e la sottoscala dell'ansia (sottoscale dell'SQ), nonostante siano significative, risultano moderatamente correlate. Pertanto, possiamo affermare che l'OMMP rileva e valuta un costrutto diverso da quello indagato da altri questionari, andando a rappresentare una fonte di validità incrementale. Il concetto di validità incrementale si riferisce all'effetto accrescitivo delle capacità predittive di un test. Nel campo della ricerca clinica, questo effetto può essere raggiunto includendo specifici strumenti di valutazione nel processo diagnostico, all'interno di una batteria psicometrica. Questo processo dovrebbe essere esteso anche agli *item* che compongono le diverse scale, affinché l'omogeneità venga ridotta in favore della capacità discriminante degli *item* stessi (Fava et al., 2004).

Rispetto ad altri studi (Orbach et al., 2003a,b) i nostri indici di correlazione sono più elevati, una possibile spiegazione potrebbe essere ricondotta alla strutturazione e caratteristiche clinimetriche degli strumenti impiegati per valutare i livelli di depressione ed ansia. Orbach e colleghi hanno utilizzato uno strumento, il Cognition Checklist (CCL; Beck et al., 1987), messo a punto allo scopo di misurare la frequenza dei pensieri automatici, oltre ad essere un'utile fonte diagnostica per valutare la sintomatologia depressiva. Il modello cognitivo della psicopatologia si fonda sull'idea che le diverse condizioni patologiche, nella fattispecie depressione e ansia, si distinguano per il contenuto dei loro pensieri. Secondo Orbach e colleghi (2003a) gli strumenti che forniscono una valutazione della sintomatologia, dei segni o dell'eventuale diagnosi di uno stato mentale negativo (come ad esempio il Beck Depression Inventory), non sono in grado di fornire un'immagine dell'esperienza di dolore mentale, così come descritta dall'OMMP. Gli autori stessi, affermano la

necessità di indagare questa relazione tra le dimensioni del dolore e gli aspetti che compongono la valutazione dello stato depressivo piuttosto che di quello ansioso.

Nel nostro studio è stato impiegato uno strumento di valutazione dei livelli di sintomatologia psicologica (SQ), utilizzato di frequente per effettuare valutazioni dimensionali del *distress* psicologo nella popolazione generale. Una possibile spiegazione della forza delle correlazioni potrebbe essere che, il quadro depressivo e ansioso delineato attraverso l'utilizzo dell'SQ, sia concettualmente più prossimo al costrutto di dolore mentale, così come descritto nell'OMMP. In altre parole, la misurazione dello stato depressivo articolata nei suoi diversi aspetti, sembrerebbe essere concettualmente più affine ad una valutazione multidimensionale del dolore mentale. Nell'ambito della ricerca, l'SQ ha dimostrato di possedere una eccellente sensibilità che permette di cogliere differenze, anche esigue, tra diverse condizioni psicopatologiche o differenti popolazioni. Potremmo, quindi, imputare la natura dell'entità delle correlazioni tra le dimensioni dell'OMMP e la sintomatologia depressiva e ansiosa, valutata attraverso l'SQ, alla maggiore sensibilità dello strumento da noi impiegato. Bisogna tenere a mente che in psicometria, un'alta correlazione rappresenta un'evidenza che due scale misurino lo stesso fattore e portino allo stesso risultato. La nostra indagine, così come altre ricerche (Ruini et al., 2002; Kellner et al., 1979; Fava et al., 1986) sottolineano che una correlazione moderata e statisticamente significativa non necessariamente determina un'analogia sensibilità. Il motivo può essere ricondotto al fatto che gli *items* che compongono gli strumenti di misura giocano un ruolo di spicco nel determinare la sensibilità, nonostante questi strumenti indaghino costrutti che tra loro possono rivelarsi parzialmente sovrapposti.

Al fine di determinare se l'SQ, analogamente al BDI, rappresenti o meno uno strumento adeguato per cogliere il legame tra dolore e sintomatologia depressiva, così come ipotizzato da Orbach e colleghi (2003a), sarebbe necessario condurre ulteriori indagini, magari, impiegando due strumenti concettualmente e strutturalmente diversi, per valutare quale di questi possa meglio cogliere le sfumature del dolore mentale. Inoltre, si rivela necessario delineare e comprendere meglio il ruolo dei fattori socio-culturali.

Concludendo, nonostante il dolore mentale possa mostrare un'associazione e una sovrapposizione concettuale con altri stati emotivi negativi, quadri depressivi e ansiosi, esso sembrerebbe rappresentare un'esperienza soggettiva e una dimensione esistenziale a sé stante (Orbach et al., 2003a).

CAPITOLO 3 - UTILIZZO DELLA VERSIONE ITALIANA DELLA SCALA ORBACH AND MIKULINCER MENTAL PAIN SCALE (OMMP) NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN CAMPIONI CLINICI: UNO STUDIO DI ANALISI FATTORIALE ESPLORATIVA E CONFERMATIVA

3.1. Introduzione

Il dolore mentale è uno tra i concetti più antichi e ricorrenti in psicologia clinica e in ambito psichiatrico, e può essere considerato come il cuore della psicopatologia (Frankl, 1963; Jobes, 2000; Orbach et al., 2003b).

L'associazione tra dolore mentale e psicopatologia, in particolare disturbi dell'umore e ansiosi, è stata riscontrata sia in popolazioni sane (Orbach et al., 2003b; Soumani et al., 2011) sia in popolazioni cliniche (van Heeringen et al., 2010; Nahaliel et al., 2014; Fertuck, Karan e Stanley, 2016). È stato dimostrato come nonostante depressione, ansia e dolore mentale siano tra loro fortemente correlati, essi rappresentano costrutti tra loro distinti (Mills, Green e Reddon, 2005, DeLisle e Holden, 2009; Nahaliel et al., 2014).

Da uno studio longitudinale, inoltre, è emerso che la psychache e l'ideazione suicidaria covarino nel corso del tempo quando il contributo della depressione e quello dell'hopelessness vengono controllati (Troister e Holden, 2012). La depressione, così come l'hopelessness, in passato hanno ricevuto molta attenzione in quanto predittori del rischio di ideazione o del comportamento suicidario. Recentemente, l'interesse è stato diretto verso la psychache in quanto importante predittore dell'ideazione e del tentativo di suicidio in diversi gruppi di soggetti (Holden et al., 2001; Mills, Green e Reddon, 2005; Pereira et al., 2010; Troister e Holden, 2010; Campos e Holden, 2015). Dato la centralità del dolore mentale nel comportamento suicidario, il focus della nostra indagine è stato rivolta verso l'inclusione di pazienti con diagnosi di disturbo borderline di personalità (DBP). Il dolore che affligge questi pazienti è poliedrico e ampio, tanto da comprendere affetti e cognizioni disforiche. E' complesso gestire ed esprimere questo stato di intenso dolore interno, infatti, spesso le strategie per controllarlo sfociano in comportamenti suicidari e autodistruttivi (Zanarini e Frankenburg, 2007). Questo pervasivo stato disforico (Zanarini et al., 1998; Pazzagli e Monti, 2000; Zanarini e Frankenburg, 2007) etichettato come dolore mentale (Fertuck, Karan e Stanley, 2016) è stato recentemente riconosciuto come caratteristica centrale del disturbo di personalità bordeline, e rappresenta un'esperienza qualitativamente distinta dai sintomi dell'episodio depressivo maggiore.

Nel DSM-5 i disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze, sono caratterizzati essenzialmente da un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici, che indicano, come l'individuo continui a fare utilizzo della sostanza, nonostante i significativi problemi derivati dalla sua assunzione. Self-regulation è uno dei più importanti tratti della specie umana, molto simile al termine self-control, può essere definita come la capacità di alterare il proprio comportamento, incluso sentimenti, pensieri, azioni e altre risposte (Baumeister et al., 2002). Dati i benefici adattivi di essere capace di affrontare gli stati interni e alterare le proprie risposte comportamentali, la self-regulation è di vitale importanza per il raggiungimento del successo e della felicità (Tice, Bratslavsky e Baumeister, 2001). La self-regulation comprende la regolazione degli affetti, ovvero il controllo sul proprio stato umorale e la regolazione emotiva (Gross, 1999). Questa capacità, conferisce al soggetto la possibilità di avere un maggior livello di benessere

psicologico attraverso il controllo delle proprie emozioni. Il controllo degli impulsi è un'altra sfera della self-regulation che contribuisce ampiamente al raggiungimento del successo da parte di un soggetto nel corso della propria vita. Un esempio evidente sono i problemi derivati dal funzionamento deficitario della self-regulation nell'ambito dei comportamenti di dipendenza.

Un funzionamento deficitario della self-regulation può verificarsi nel momento in cui si presentano dei conflitti tra gli obiettivi dei diversi aspetti della self-regulation (Tice, Bratslavsky e Baumeister, 2001). Un conflitto rilevante è quello riguardante la regolazione dell'affetto e il controllo dell'impulso. Quando una persona soffre desidera solamente stare meglio nel minor lasso di tempo possibile. Sembrerebbe, infatti, che la sofferenza emotiva, tenda a spostare le priorità verso obiettivi a breve termine, al contrario di quanto sia necessario per avere controllo degli impulsi. Il desiderio di fuggire dal distress emotivo accresce la ricerca di fonti di piacere immediato, capaci di far sentire bene il soggetto velocemente, tra queste vi sono: alcool e droghe. In altre parole, quando una persona è emotivamente turbata, la regolazione degli affetti può avere la meglio sul controllo degli impulsi (Tice, Bratslavsky e Baumeister, 2001).

Sempre più spesso, i dati presenti in letteratura rilevano che, la salute mentale delle persone LGB e di quelle che hanno esperienze omosessuali, rispetto alle persone eterosessuali, risulta essere maggiormente esposta a rischi (Cochran e Mays, 2009). Le ricerche sinora condotte hanno mostrato che alcune forme di disturbi mentali, più specificatamente, quelli affettivi, ansiosi e da uso di sostanze psicoattive, sembrano risentire maggiormente dell'influenza esercitata dallo stress sociale (Cochran, Sullivan e Mays, 2003). Le persone con orientamento omosessuale solitamente riferiscono di essere stati oggetto di discriminazioni, e vittimizzazioni, per lo più durante l'adolescenza e nella prima fase della età adulta. È alquanto comprovato, che i soggetti LGB, hanno un maggiormente rischio di sviluppare una patologia psicologica a causa degli effetti negativi derivati dallo stigma sociale (Meyer 1995). Di conseguenza, l'omosessualità potrebbe rappresentare un fattore di rischio per l'insorgenza o l'accrescimento dello stato di sofferenza psicologica o di un disturbo mentale.

Appartenere ad un orientamento sessuale minoritario, è un fattore di rischio per la morbilità psichiatrica, paragonabile ad altre caratteristiche demografiche clinicamente rilevanti (Cochran e Mays, 2009).

Esaminare il dolore mentale all'interno di queste popolazioni cliniche e non, si rivela quindi necessario allo scopo di meglio definire il grado in cui esso concorre nello spiegare diversi profili psicopatologici e comportamentali.

Shneidman (1993) definisce la psychache come un acuto stato di intenso dolore psicologico, associato con sentimenti di vergogna, umiliazione, angoscia, disperazione solitudine e paura. In

altre parole, la psychache, è un'esperienza interna dolorosa di emozioni negative, ovvero, il dolore mentale di essere perturbato (1999). Con perturbazione emotiva, l'autore fa riferimento al tumulto interiore, all'essere mentalmente disturbato lungo un continuum che va dal tranquillo all'ipermaniacalità. La psychache, che a sua volta genera delle emozioni negative, prende origine dalla frustrazione e dal contrastare i bisogni considerati vitali per il soggetto. Una volta superata la soglia individuale di tolleranza al dolore, l'individuo, incede verso il suicidio, considerato come l'unico mezzo per fuggire e arrestare il flusso di consapevolezza dolorosa (Baumeister, 1990). Secondo Shneidman (1999), la psychache è il principale mediatore del dolore e tutti gli altri fattori psicologici, sono connessi al suicidio solo perché legati alla psychache. Nel 1999, l'autore propone un'operalizzazione del costrutto di psychache valutando due distinti livelli di psychache (quello "attuale" e quello "peggiore") e indagando le emozioni sperimentate, mostrando stimoli pittorici. Tuttavia, questo strumento non è mai stato sottoposto ad un processo di validazione.

Nel modello teorico proposto da Baumeister (1990), il soggetto si sente fallito e deluso poiché non ha raggiunto gli standard prefissatisi. La discrepanza tra l'immagine di sé reale e quella attesa, porta il soggetto a internalizzare il fallimento, e questa autoattribuzione negativa conduce ad uno avverso stato mentale di autoconsapevolezza (dolore mentale). Di conseguenza emergeranno affetti estremamente negativi dovuti all'accresciuto consapevolezza di essere inadeguato. La delusione è tale che il soggetto cerca di porvi fine attraverso il suicidio.

Bolger (1999) attraverso l'analisi del contenuto di alcuni resoconti scritti di persone che hanno fatto fronte a esperienze traumatiche, ha tratto una definizione di sofferenza psicologica, come la consapevolezza del sentimento di frammentazione del sé. Il senso di distruzione dell'identità personale, si accompagna alla perdita di controllo di sé e al senso di inquietudine. Il dolore, quindi, prevede un'interruzione nella tendenza di ogni soggetto di mantenere la propria unità personale e sociale. La teorizzazione di Bolger, riconoscendo una connessione diretta tra dolore mentale ed essere separato dagli altri significativi, rappresenta una conferma della visione di Bakan (1968). Bolger ha descritto e definito l'esperienza del dolore emotivo, tuttavia, non ha fornito un'operazionalizzazione del costrutto.

Orbach e colleghi (2003a), definiscono il dolore mentale come la percezione di cambiamenti negativi nel sé e nelle proprie funzioni, accompagnato da sentimenti negativi. Secondo questo modello, il dolore mentale, sembrerebbe essere un'esperienza costituita da un aspetto affettivo e uno cognitivo. In particolare, il dolore mentale sarebbe uno stato a sé stante, separato dagli altri stati mentali e dalle altre emozioni negative. Quando il soggetto diventa consapevole di aver perso qualcosa o qualcuno e che questa condizione è irrevocabile, l'esperienza emotiva di base, potrebbe trasformarsi in un'esperienza generalizzata di intollerabile dolore mentale (Fertuck, Karan e

Stanley, 2016). Rispetto alla sofferenza emotiva, caratterizzata dalla transitorietà delle emozioni negative, il dolore mentale mostra le qualità di una esperienza di tratto, legata a una percezione di sé immutabile (Fertuck, Karan e Stanley, 2016; Fleming, 2005). Orbach e colleghi (2003a) hanno sviluppato uno strumento, l'Orbach and Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP), per valutare i diversi aspetti alla base del dolore mentale. L'OMMP, attraverso il metodo induttivo, desume nove dimensioni: irreversibilità, perdita di controllo, ferite narcisistiche, flooding emotive, freezing, auto-estraniamiento, confusione, distanziamento sociale e vuoto interiore. Nonostante, tra gli aspetti affiorati, emergono alcune analogie con le teorie di Shneidman e Bolger, tuttavia, questo strumento presenta alcune entità esperenziali nuove, quali: l'irreversibilità, il freezing, estraniamento, la confusione e il bisogno degli altri. La prima versione della scala, era composta da nove dimensioni successivamente ridotte a otto, dagli autori attraverso l'eliminazione della dimensione distanziamento sociale, a causa della ridotta coerenza interna dimostrata dalla dimensione.

La scala OMMP è stata utilizzata per indagare il dolore mentale nella popolazione generale, nelle persone anziane, negli studenti e nelle forze dell'ordine (Orbach et al., 2003a; Soumani et al., 2011; Ohana, Golander, Barak, 2014; Shelef, et al., 2015; Trent Haines, Jackson e Thomas, 2015). Questa concezione di dolore mentale, apre verso l'idea di dolore in quanto condizione esistenziale di base, coinvolta, nel normale sviluppo dell'individuo e allo stesso tempo, nei processi psicopatologici (Orbach e colleghi 2003a). Inoltre, a differenza del PAS di Holden e colleghi (2001), esistono numerose evidenze cliniche a proposito della relazione tra il dolore mentale, l'ideazione o attuazione suicidaria, e alcuni disturbi psichiatrici, quali: ansioso, depressivo, da dipendenze e disturbi correlati e di personalità (Orbach et al., 2003b; Levi et al., 2008; Gvion et al., 2014; Nahaliel et al., 2014; Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014; Fertuck, Karan e Stanley, 2016). Infine, sono stati indagati anche gli aspetti neurologici e fisiologici in campioni di soggetti che hanno tentato il suicidio, o sono affetti da un disturbo depressivo (Reisch et al., 2010; Van Heeringen et al., 2010; Meerwijk, Chesla e Weiss, 2014; Meerwijk, Ford e Weiss, 2015). La struttura fattoriale dell'OMMP, è stata indagata in due differenti popolazioni (campioni di soggetti con un disturbo da dipendenze e disturbi correlati e un campione di giovani adulti afroamericani), con due diverse tecniche di analisi (analisi fattoriale esplorativa e il modello di Rasch), portando a risultati difformi dall'originale struttura messa a punto dagli autori (Orbach et al., 2003a). Nel primo caso, a seguito di un'analisi fattoriale confermativa, a cui è seguita un'indagine esplorativa, sono emersi cinque fattori (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014); nel secondo caso solamente tre delle nove dimensioni previste mostrano un'adeguata validità psicometrica (Trent Haines, Jackson e Thomas, 2015).

Alla luce di quanto detto sinora, considerate le potenzialità del costrutto di dolore mentale nel delineare alcuni quadri sintomatologici, l'adeguatezza dello strumento, nel rilevare il dolore in diversi contesti culturali e le evidenze cliniche già emerse, gli scopi del presente studio sono stati quelli di:

- esplorare la configurazione sistematica delle dimensioni sottostanti alla scala dell'OMMP nella popolazione generale italiana;
- verificare la stabilità della struttura delle relazioni tra le variabili osservate e i loro sottostanti fattori latenti in diversi campioni clinici;
- valutare il modello che meglio descrive il costrutto di dolore, confrontando l'OMMP_19_ITA con il modello portoghese dell'OMMP (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014);
- esaminare, oltre la validità strutturale, l'attendibilità delle dimensioni dello strumento, valutando la coerenza interna della scala totale e delle singole dimensioni che la compongono all'interno delle diverse condizioni;
- indagare la validità di costrutto attraverso il confronto con strumenti impiegati per misurare il dolore mentale (PAS; validità convergente), e quello per determinare il distress psicologico (SQ; validità divergente) nei diversi campioni;
- esplorare la natura della relazione che intercorre tra il dolore mentale e l'orientamento sessuale dei soggetti; sulla base della letteratura a disposizione (Crain-Gully, 2011) ipotizzando che i soggetti omosessuali e bisessuali ottengano un punteggio maggiore nelle dimensioni dell'OMMP, ovvero, abbiano un livello di dolore significativamente più alto della popolazione identificatasi come eterosessuale;
- esaminare le differenze di genere e del gruppo di appartenenza nei punteggi delle dimensioni dell'OMMP. Alla luce delle evidenze attualmente presenti in letteratura, si ipotizza l'assenza di un effetto del genere su tutte le dimensioni. Per quanto riguarda, il gruppo di appartenenza, ci aspettiamo che i campioni riconducibili a condizioni patologiche, quali: persone in riabilitazione dall'alcolismo (Alcolisti Anonimi), tossicodipendenti inseriti in programmi riabilitativi (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014) e soggetti con patologia psichiatrica afferenti ai Servizi di Salute Mentale (Orbach et al., 2003b; Nahaliel et al., 2014; Fertuck, Karan e Stanley, 2016), ottengano punteggi significativamente superiori a quelli del campione di controllo.

Attualmente, a nostra conoscenza, non vi sono altre ricerche che hanno indagato il dolore mentale nella popolazione italiana, in particolare nei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze e tenendo conto dell'orientamento sessuale.

3.2. Metodi

3.2.1. Partecipanti e procedure

Il campione è composto da 728 soggetti italiani adulti, di cui 360 maschi e 368 femmine, di età variabile da un minimo di 18 ad un massimo di 85 anni, la cui media è 35.81 (DS = 13.87). Il livello del titolo di studio dei partecipanti è stato suddiviso in due gruppi: livello di istruzione superiore (scuola secondaria di secondo grado e titoli/diplomi universitari) e livello di istruzione inferiore. Il campione è costituito da quattro differenti gruppi: (1) il controllo conta 544 individui sani reclutati sull'intero territorio italiano; (2) i 39 soggetti del gruppo con diagnosi psichiatrica, caratterizzati da quadri patologici differenti, sono pazienti afferenti al Centro di Salute Mentale (CSM) della città di Ravenna. In questo campione, la sintomatologia riscontrata prevalentemente è quella depressiva, seguita da quella ansiosa. Le principali terapie riferite sono antidepressivi, ansiolitici e stabilizzatori dell'umore a dimostrazione dell'alternarsi di stati depressivi e maniacali; (3) gruppo degli ex alcolisti, composto da 33 soggetti, reclutati nella provincia di Forlì-Cesena. Gli ex alcolisti, soliti riunirsi in assemblee private, istituiscono mensilmente assemblee aperte, ed è assistendo ad una di queste che è stato possibile somministrare la batteria valutativa agli individui presenti. Molte delle persone appartenenti a questo gruppo hanno un numero elevato di anni di sobrietà nel loro percorso riabilitativo tanto che, alcuni di questi riferivano una frequentazione degli AA superiore ai 10 anni; e (4) per quanto riguarda il gruppo dei tossicodipendenti è necessario fare una specifica a proposito della provenienza e delle fasi di trattamento: 112 soggetti con disturbo da uso di sostanze in riabilitazione comunitaria o in trattamento farmacologico appartenenti alle Comunità Papa Giovanni XXIII del territorio in provincia di Rimini e Forlì-Cesena oppure, al Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche S.T.D.P di Fano (PU). Per quanto riguarda la comunità di recupero Papa Giovanni XXIII, il percorso terapeutico contempla diverse fasi nel corso del periodo di soggiorno, prorogabile per diversi anni. L'intervento di trattamento prevede: (a) accoglienza; (b) comunità terapeutica; (c) reinserimento nella società. Nello specifico, gli individui nella prima fase, a livello di intervallo temporale, hanno richiesto aiuto da un lasso minore di tempo. In questa fase l'utente stesso e/o la famiglia di riferimento, si avvicinano al

servizio, dove la persona potrà essere monitorata per poi poter procedere all'inserimento in comunità. La seconda fase, il fulcro del percorso riabilitativo rappresentato dalla comunità terapeutica vera e propria, si centra su valori quali il lavoro e la famiglia allo scopo di favorire lo sviluppo di attività positive per il singolo, la comunità e il territorio circostante. È dal continuo dialogo con il territorio circostante che gli operatori e gli esperti aiutano gli utenti a procedere verso la terza fase. Quest'ultima tappa del percorso prevede il reinserimento graduale degli utenti attraverso un progressivo adattamento. Il campione preso in esame si compone in modo esclusivo di utenti appartenenti alla prima e alla seconda fase, pertanto, i soggetti a cui facciamo riferimento, stanno ancora affrontando le prime tappe lungo il percorso della disintossicazione. Gli utenti del S.T.D.P., si rivolgevano alla struttura sia per colloqui psicologici, sia per colloqui assistenziali e sociali che per programmare un eventuale trattamento farmacologico. A differenza della situazione presente in comunità, in questo caso, i soggetti possono trovarsi anche in fase di mantenimento dell'astinenza.

La somministrazione è avvenuta sia mediante la modalità cartacea, che quella online, attraverso la diffusione su social network. La diversa modalità di somministrazione, è legata alla differente tipologia di campione preso in considerazione.

Ai soggetti che esprimevano la volontà di partecipare allo studio, veniva chiesto di completare il consenso informato e il trattamento dei dati è stato eseguito nel rispetto della legge sulla privacy e garantendo con adeguate procedure l'anonimato dei partecipanti.

Per essere incluso nella ricerca, i soggetti dovevano soddisfare i seguenti criteri di inclusione: avere un'età compresa tra i 18 e i 85 anni, comprendere la lingua italiana scritta, non presentare lesioni cerebrali e deficit cognitivi. Inoltre, fatta eccezione per i soggetti del campione psichiatrico, data la presunta relazione tra dolore mentale e disturbi psicologici, sono stati esclusi dalla ricerca tutti coloro che seguivano una terapia con psicofarmaci.

La raccolta dei dati, ha avuto luogo in un periodo della durata di 5 mesi (da Maggio a Novembre 2015). Nessuno dei partecipanti ha ricevuto compensi economici per prendere parte alla ricerca.

3.2.2. Strumenti

Innanzitutto, ai soggetti è stata presentata una scheda sociodemografica in cui sono state raccolte le seguenti informazioni: genere, data di nascita, titolo di studio, stato civile, orientamento sessuale e condizione lavorativa.

Ad ogni soggetto è stato chiesto di compilare una batteria composta da tre questionari self-report.

La versione italiana della Psychache Scale (PAS) di Holden et al (2001), è un questionario self-report composta da 13 item, con un punteggio totale che oscilla tra 13 e 65, utilizzato per esaminare il dolore mentale. Lo sviluppo dello strumento si basa sulla teorizzazione di Shneidman secondo cui, la psychache è originata, dalla frustrazione di alcuni bisogni vitali. Si compone di due parti: i primi nove item valutano la frequenza della psychache su una scala Likert a 5 punti che varia da mai a sempre; i successivi quattro item valutano l'accordo rispetto ad una affermazione su di una scala a 5 punti che oscilla tra fortemente d'accordo e fortemente in disaccordo. La PAS è solitamente considerata una scala unidimensionale (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005). La coerenza interna supera lo .90 (Holden et al., 2001; Mills et al., 2005; Pereira et al., 2010; Campos e Holden, 2015). La PAS ha delle buone proprietà psicometriche, come è stato rilevato in diverse popolazioni, quali prigionieri (Mills et al., 2005), studenti (DeLisle & Holden, 2009; Troister e Holden, 2010), homeless (Patterson e Holden, 2012), popolazione generale (Campos e Holden, 2015). Le evidenze per quanto riguarda i campioni clinici sono estremamente ridotte (Owoeye et., 2007). Il PAS ha permesso di rilevare come la psychache sia un predittore della suicidalità, quando la depressione e l'hopelessness vengono controllate (DeLisle e Holden, 2004; Holden et al., 2001; Troister e Holden, 2010). Inoltre, attraverso il PAS è stato rilevato che, la correlazione tra depressione, hopelessness e psychache è forte, tuttavia, restano tre dimensioni separate (DeLisle & Holden, 2009). Il questionario OMMP è uno strumento composto di 44 item che esaminano sia il dolore mentale attuale (OMMP_C; questionario viene compilato facendo riferimento al momento della compilazione) che il peggiore mai provato (OMMP_W). Ogni item è valutato su una scala Likert a 5 punti che oscilla da fortemente in disaccordo (1) a fortemente d'accordo (5). L'analisi fattoriale ha mostrato che la scala è composta da 9 fattori: (a) irreversibilità, (b) perdita di controllo, (c) ferite narcisistiche, (d) *flooding* emotivo, (e) *freezing*, (f) autoestraniazione, (g) confusione, (h) distanza sociale, e (i) vuoto interiore. All'interno dei nove fattori l'alpha di Cronbach, si è dimostrata essere molto buona per i fattori 1,2,3,4 (alpha= 0.95, 0.95, 0.93, 0.93 rispettivamente), buona per i fattori 5,7,8 (alpha= 0.85, 0.80, 0.80 rispettivamente) e accettabile per i fattori 6 e 9 (alpha= 0.79, 0.75 rispettivamente). I valori di alpha sono per lo più adeguati e questo sta a significare che lo strumento ha una buona coerenza interna. A conferma, la coerenza interna dei diversi fattori oscilla tra lo .72 e lo .95 (Levi et al., 2008; Shelef et al., 2015) mentre quella totale sembrerebbe attestarsi oltre .89 (Gvion et al., 2014; Shelef et al., 2015; Meerwijk et al., 2014). Tuttavia, valori così elevati della coerenza interna, non hanno trovato conferma in altri studi (Meerwijk et al., 2014), suggerendo che alcuni item, potrebbero non contribuire abbastanza alla valutazione di quella dimensione.

L'OMMP, ha dimostrato di essere un valido strumento per la misurazione del dolore mentale nelle popolazioni cliniche, nella popolazione generale, nelle forze dell'ordine e tra gli studenti (Orbach et al., 2003a; Orbach et al., 2003b; Levi et al., 2008; Reisch et al., 2010; van Heeringen et al., 2010; Soumani et al., 2011; Nahaliel et al., 2014; Ohana, Golander e Barak, 2014; Shelef et al., 2015; Gvion et al., 2014; Gvion et al., 2015). Nel PAS e l'OMMP a punteggi elevati corrisponde un dolore mentale più intenso. La scarsa affidibilità del fattore distanza sociale, ha indotto Orbach a non utilizzare più questa dimensione. Pertanto, la versione italiana dell'OMMP utilizzata in questo studio è composta di soli 40 items ed è stata sviluppata al fine di valutare il dolore mentale attuale.

La versione italiana del *Symptom Questionnaire* (SQ) di Kellner (1987) è un questionario autovalutativo, basato su quattro dimensioni principali: ansia, depressione, sintomi somatici e ostilità. Ognuna di queste è a sua volta suddivisa in due sottoscale, una relativa ai sintomi e l'altra al corrispondente stato di benessere per un totale di otto sottoscale. L'SQ prevede risposte dicotomiche del tipo Sì/No o Vero/Falso. È composto da 92 item, 68 dei quali, indicano un sintomo psicologico mentre gli altri 24 indicano uno stato di benessere. Maggiore è il punteggio, maggiore è il *distress* psicologico del soggetto. L'SQ è stato ampiamente somministrato sia in popolazioni sane che in popolazioni cliniche affette da disturbi di natura medica o psichiatrica, dove, la sua eccezionale sensibilità nel riconoscere differenze tra i gruppi e cambiamenti a seguito di trattamenti, è stato dimostrato (Fava et al., 1983; Fava et al., 1986).

3.2.3. Analisi dei dati

Le analisi dei dati sono state condotte utilizzando il pacchetto statistico SPSS e Amos versione 21.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Per quanto riguarda il quadro sociodemografico, le variabili continue sono state riportate come medie (deviazioni standard) e le variabili categoriali come percentuali.

La normalità della distribuzione dei punteggi di ciascun item della OMMP_19_ITA, è stata verificata utilizzando come indici valori di asimmetria e curtosi compresi tra -1.5 e +1.5 in quanto indicatori di una distribuzione vicina alla normalità. In campioni di grandi dimensioni e in generale nell'ambito clinico, la normalità del campione può essere valutata basandosi su un criterio più ampio, perciò, si considerano come accettabili, valori assoluti di asimmetria non superiori a 2 e di curtosi non superiori a 7 (West, Finch e Curran, 1995).

Allo scopo di esaminare il modello teorico di Orbach e colleghi (2003a) e di individuare la struttura fattoriale latente delle variabili della versione italiana in un campione nella popolazione generale, gli item della scala sono stati sottoposti ad un'analisi fattoriale esplorativa.

Prima di procedere con l'estrazione dei fattori, vengono utilizzati alcuni test per valutare l'adeguatezza dei dati sinora raccolti. E' stata quindi calcolata la misura di Kaiser Meyer Olkin (KMO) per determinare l'adeguatezza campionaria e il test di sfericità di Barlett.

Per esplorare il legame tra le variabili osservate e i fattori latenti, individuare la struttura fattoriale sottostante è stato utilizzato il metodo della fattorizzazione dell'asse principale con una rotazione Promax. Diversamente dall'analisi delle Componenti Principali, la Fattorializzazione dell'Asse Principale consente di esaminare solamente la varianza comune di ognuna delle variabili considerate, escludendo la quota di varianza unica (Barbaranelli, 2003). Questo metodo permette di non incorrere in eventuali distorsioni dell'esito delle analisi risultanti, anche quando si ricorre ad una potenziale rotazione degli assi. La rotazione di tipo obliqua è preferibile quando, le dimensioni coinvolte, sono tra loro fortemente legate, in particolare, la rotazione Promax è concettualmente più semplice e matematicamente più veloce e quindi, raccomandata per database numericamente ampi. A partire dalla soluzione non ruotata, vengono estratti i fattori sulla base del criterio di Kaiser (1960) in base al quale, vengono estratte tutte le dimensioni con un autovalore maggiore di 1. I fattori che soddisfano questa condizione, sono stati estratti e sottoposti alla rotazione Promax. Nonostante, questo metodo di estrazione sia ampiamente diffuso e rappresenti la procedura di default del programma SPSS, esso presenta un forte limite. Infatti, emerge una tendenza alla sovrastima del numero dei fattori nel caso in cui le variabili siano molte, mentre, nel caso in cui in numero di variabili di partenza sia esiguo questo metodo tende a sottostimarle (Giorgetti e Massaro, 2007). Inoltre, per scegliere l'esatto numero di fattori da estrarre, è opportuno fare ricorso a più indicatori. Pertanto, è stata presa in considerazione anche l'analisi parallela, basata su tecniche di simulazioni Monte Carlo. Nell'analisi parallela, il numero di fattori da estrarre è determinato dal confronto tra gli autovalori reali e gli autovalori generati in modo casuale. I fattori da tenere in considerazione saranno solamente quelli in cui gli autovalori, calcolati sui dati originari, risultino superiori ai corrispettivi autovalori ottenuti sui punteggi ordinati casualmente (de Lillo et al., 2007). Basandosi sul principio della struttura semplice, introdotto da Thurstone (1947), la matrice di saturazione ideale, dovrebbe presentare una sola saturazione sostanziale (ovvero, maggiore o uguale a $|0.40|$) su ogni variabile osservata e le altre saturazioni dovrebbero essere il più basse possibile (ossia, nell'ordine di $|0.10|$) e/o differire dalla saturazione principale almeno 0.20 in valore assoluto (Chiorri, 2011). Inoltre, perché la struttura fattoriale sia adeguata, la comunità scientifica, ritiene necessario operationalizzare il costrutto oggetto d'indagine con

almeno tre variabili. Pertanto, ogni fattore deve essere saturato in modo sostanziale da almeno tre item (Chiorri, 2011). Allo scopo di ottenere una soluzione fattoriale adeguata, i criteri sulla base dei quali sono state selezionate le variabili di ogni fattore prevedono: (a) gli item saturano più del |0.45|; (b) differiscono tra loro di almeno |0.20|; (c) ogni fattore comprende almeno tre item.

Per verificare la stabilità della struttura fattoriale, attraverso i diversi gruppi e la successiva generalizzabilità della struttura, è stata utilizzata l'analisi fattoriale confermativa (AFC). In particolare, è stato impiegato il metodo della massima verosimiglianza (ML) poiché, questa tecnica è in grado di riprodurre la varianza in una matrice di correlazione in una data popolazione, stimata sulla base della matrice di correlazione in un campione. In altre parole, è finalizzato ad individuare le stime dei parametri del modello che massimizzano la probabilità di osservare i dati campionari, nel caso in cui venissero raccolti nuovamente i dati nella stessa popolazione (Barbaranelli e Ingoglia, 2013). Inoltre, si utilizza, quando i dati sono distribuiti normalmente e il campione è piuttosto ampio (Munro, 2005).

La valutazione dell'adeguatezza del modello, prevede la consultazione di diversi indici. In primo luogo il test del chi-quadrato, diretto a valutare la somiglianza tra la matrice osservata e la matrice generata, a partire dai parametri dei modelli. Un valore ridotto di chi-quadrato, è indicativo del fatto che il modello rappresenta una buona descrizione dei dati. Il rapporto tra questo indice ed i gradi di libertà del modello (χ^2/df), se inferiore a 3, può considerarsi un indicatore dell'accettabilità del modello, nonostante vi sia una mancanza di consenso a proposito dell'idoneità di tale rapporto come indice dell'adeguatezza dell'adattamento (Bollen, 1989). Questo test di per sé potrebbe non essere sufficiente a descrivere l'adeguatezza del modello, poiché soggetto all'influenza di numerose condizioni, prima tra tutte la numerosità del campione (Hu e Bentler, 1998).

Pertanto, sono stati presi in considerazione altre misure alternative, allo scopo di ottenere un quadro più dettagliato del modello.

Abbiamo considerato quattro indici relativi di adeguatezza, il Comparative Fit Index (CFI) che sembra comportarsi bene sia con campioni grandi, sia con campioni più ridotti (Bentler, 1990). L'indice varia fra 0 (pessima adeguatezza) ed 1 (adeguatezza ottimale). In genere valori superiori a .90 sono considerati indicativi di un buon adattamento del modello (Bentler, 1990; Bagozzi e Baumgartner, 1994). Lo Standardized Root Mean Squared Residual (SRMR; Bentler 1995), che misura la differenza tra la matrice osservata e quella riprodotta dal modello, è un altro indice che segnala un adattamento tanto migliore, quanto più il suo valore si approssima allo zero. Valori minori allo 0.05 rappresentano un adattamento soddisfacente), mentre valori ≤ 0.08 sono da considerarsi accettabili (Hu e Bentler, 1998). Il terzo indice è il Normed Fit Index (NFI; Bentler e

Bonnet, 1980), riflette la proporzione tramite la quale il modello proposto migliora l'adeguatezza dell'interpretazione dei dati rispetto al modello nullo, cioè al modello in cui tutte le variabili sono perfettamente indipendenti. I valori di questo indice variano tra 0 e 1. Valori superiori allo 0.90 denotano un buon adattamento del modello. Hu e Bentler (1999), invece, affermano che, il cut-off dell'NFI dovrebbe essere posto oltre lo 0.95. Infine, è stato considerato il Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), un indice atto a valutare la discordanza fra i parametri stimati e quelli della popolazione. Il suo valore quanto è più vicino allo 0, quanto più il modello si adatta ai dati reali. Per valori inferiori allo 0.08 i livelli di adeguatezza sono soddisfacenti, mentre valori al di sotto dello 0.05 indicano un buon adattamento (Browne e Cudeck, 1993).

La differenza in termini di adeguatezza tra il modello dell'OMMP_19_ITA e l'OMMP-24-P è stata valutata attraverso il delta chi-quadrato ($\Delta\chi^2$)

Per analizzare l'attendibilità dello strumento, è stata valutata la consistenza interna sia nelle singole sottoscale che, nella scala nel suo complesso attraverso il coefficiente alfa di Cronbach. Nunnally propone le seguenti linee guida per l'interpretazione di alfa: tra 0.60 e 0.70 è definito sufficiente; tra 0.70 e 0.80 è detto discreto; tra 0.80 e 0.90 è considerato buono; e superato lo 0.90 è definito come ottimo.

Dato che le variabili sono distribuite normalmente, la validità di costrutto della scala, è stata valutata tramite il coefficiente di correlazioni r di Pearson, con altri strumenti che misurano costrutti simili (PAS), opposti o teoricamente associati (scale dell'SQ). Le linee guida, a proposito dell'interpretazione della grandezza del coefficiente di correlazione nell'ambito della ricerca psicologica, interpretano i valori tra 0.1 e 0.3 come correlazioni deboli, quelle tra 0.3 e 0.5 come moderate e infine al di sopra dello 0.5 si parla di correlazioni forti (Cohen, 1992).

La relazione tra i punteggi dei diversi fattori e l'orientamento sessuale (variabile categoriale) è stata esaminata attraverso i t-test per campioni indipendenti a due code.

Infine, l'ultimo passo dell'elaborazione dei dati, è stata la realizzazione di una analisi della varianza multivariata (MANOVA) con quattro variabili dipendenti (fattori dell'OMMP_19_ITA), e due fattori fissi (gruppo di appartenenza e genere). La MANOVA è stata utilizzata per testare la relazione tra le variabili indipendenti e la combinazione lineare delle variabili dipendenti, allo scopo di individuare le differenze tra i punteggi medi dei gruppi. In particolare, il disegno sperimentale prevede una MANOVA 4 (controllo, ex alcolisti, tossicodipendenti e pazienti psichiatrici) X 2 (genere). Concludendo, per verificare le differenze ipotizzate tra le diverse condizioni, sono stati effettuati i confronti Post-hoc usando il test di Bonferroni. I soggetti per il campione di controllo ($n= 51$), sono stati scelti in modo casuale, cercando di mantenere un approssimativo bilanciamento rispetto ai soggetti degli altri gruppi, per età e genere.

In tutte le analisi un valore di p minore o pari a 0.05 è considerato significativo.

3.3. Risultati

A seguito dell'analisi dei dati mancanti, tutti i soggetti coinvolti nella ricerca sono stati inclusi, poiché tutti loro hanno fornito le risposte ad ognuna delle domande prevista dalla batteria testistica.

Statistiche descrittive

Nella tabella 6, sono presenti le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti partecipanti allo studio. Il campione di controllo è composto da 544 soggetti di cui 307 (56.4%) sono femmine. L'età, con una media pari a 33.53 ± 13.19 , varia entro un range che oscilla tra 18 a 85 anni. La maggior parte del campione ($n=440$; 80.9%) riferisce di essere in possesso un titolo di studio tra quelli inclusi nella categoria definita istruzione superiore. Per quanto riguarda lo stato civile 353 partecipanti dichiarano di essere nubili/celibi (64.9%), il 31.3% dichiara di essere coniugato/convivente e infine 21 soggetti affermano di essere separati/divorziati o vedovi. Il 79.8% ($n=434$) si identifica come eterosessuale, mentre i restanti 110 soggetti, affermano di avere un diverso orientamento (omosessuale o bisessuale). Il 63.6% ($n=346$) dei soggetti afferma di avere un lavoro retribuito, mentre nel restante 36.4% ($n=198$) del campione circa il 61% ($n=126$) sono studenti.

Il gruppo degli ex alcolisti è costituito da 22 maschi (66.7%) e da 11 femmine per un totale di 33 soggetti. L'età media di questo gruppo, pari a 54.85 ± 11.24 , è la più elevata delle 4 condizioni. Il 66.7% del campione afferma, di aver conseguito un titolo di studio tra quelli inclusi nella categoria definita istruzione inferiore. A proposito dello stato civile, 8 soggetti dichiarano di essere nubili/celibi (24.2%), il 48.5% dichiara di essere coniugato/convivente e il restante 27.3% dei soggetti afferma di essere separati/divorziati o vedovi. La quasi totalità di questo gruppo di soggetti, ovvero il 96.9% ($n=31$) si identifica come eterosessuale, solamente 1 soggetto dichiara di avere un altro orientamento (omosessuale o bisessuale). Il 45.5% ($n=15$) dei soggetti afferma di avere un lavoro retribuito, mentre 10 soggetti nel restante 54.5% del campione ($n=18$) sono pensionati.

Il campione dei tossicodipendenti è per il 76.85% ($n=86$) composto da maschi, mentre il restante 23.2% sono femmine. L'età media del gruppo dei tossicodipendenti è di 39.12 ± 11.99 . La maggior parte del campione ($n=76$; 67.9%), ricade entro la categoria dell'istruzione inferiore. 67 soggetti dichiarano di essere nubili/celibi (59.8%), il 27.7% afferma di essere coniugato/convivente e il

restante 12.5% dei soggetti affermano di essere separati/divorziati o vedovi. Il 91.1% (n=102) dei soggetti del gruppo afferma di avere un orientamento eterosessuale e l'8.9% dichiara, invece, di avere un diverso orientamento (omosessuale o bisessuale). 37 (33%) soggetti dichiarano di avere un lavoro retribuito, mentre gli altri 75 soggetti del campione non hanno un compenso, in particolare il 65.2% (n=43) di queste persone affermano di essere disoccupate.

Infine, 39 soggetti rappresentano il campione con diagnosi psichiatrica di cui, 15 (38.5%) sono maschi e 24 (61.5%) sono femmine. Questo gruppo ottiene un punteggio medio dell'età più elevata, rispetto agli altri gruppi (M=42.02; DS=±13.99), fatta eccezione per quello degli ex alcolisti. Il 61.5% (n=24) dei soggetti riferisce di avere una scolarità superiore. Il 59% (n=23) dichiarano di essere nubili/celibi, il 23.1% di essere coniugato/convivente e il 17.9% dei soggetti, affermano di essere separati/divorziati o vedovi. Il 38.5% (n=15) dei soggetti affermano di avere un lavoro remunerato, mentre nel restante 61.5% (n=24) del gruppo, non ha una retribuzione e si dichiara per lo più disoccupata o in cerca di una prima occupazione.

Analisi fattoriale e attendibilità

La distribuzione dei punteggi degli item dell'OMMP, presentano alcuni valori di asimmetria e curtosi, superiori a quelli scelti come approssimazione alla normalità. Di conseguenza, sono stati eliminati 10 item (Tabella 7).

Utilizzando il campione di controllo (n=544) i restanti 30 item dell'OMMP, sono stati sottoposti ad analisi fattoriale esplorativa, impiegando il metodo di estrazione della fattorizzazione dell'asse principale e rotazione obliqua degli assi (PROMAX).

Il test di Kaiser Meyer Olkin per misurare l'adeguatezza della dimensione campionaria, risulta estremamente buono (KMO=0.966; Hutcheson e Sofroniou 1999) e allo stesso tempo il test di sfericità di Barlett risulta essere altamente significativo ($p < 0.001$). Un'indagine iniziale è stata condotta allo scopo di ottenere gli autovalori per ogni fattore. Secondo il criterio di Kaiser (1959), risultano quattro fattori con un autovalore superiore a 1 e la combinazione di questi spiega il 61,79 % della varianza. Il criterio di estrazione dell'analisi parallela porta ad una soluzione a due fattori, riducendo l'iniziale struttura fattoriale della scala originaria da 8 a 2 fattori e non supportando l'attuale soluzione a 4 fattori. La struttura derivata dall'analisi parallela, oltre ad avere un certo impatto sulla percentuale di varianza spiegata dai fattori, riducendone la portata, fornisce una soluzione estremamente sbilanciata all'interno dei due fattori. Rispettivamente, il primo fattore comprende 25 item, mentre il secondo è composto da soli 5 item. Infine, superando i criteri prettamente statistici, la scelta del numero di fattori è trainata dal significato dei singoli fattori. La soluzione proposta dall'analisi parallela, produrrebbe una struttura in cui all'interno del primo

fattore saturano variabili riconducibili ad aree tematiche differenti, facendo emergere, ulteriori problematiche interpretative a proposito del fattore (Chiorri, 2011).

A causa della violazione dei criteri stabiliti per la selezione delle variabili che compongono i fattori, 11 item sono stati eliminati, in seguito alle analisi iniziali. Successivamente all'eliminazione dei suddetti 11 item, i restanti 19, sono rispettivamente così distribuiti: il primo fattore è composto da 7 elementi, il secondo ne conta 5, il terzo 3, e infine l'ultimo fattore consta di 4 elementi. Nella Tabella 8 sono riportati gli item e le saturazioni della soluzione a 4 fattori.

Per analizzare la validità della soluzione a 4 fattori, è stata valutata la stabilità della stessa, attraverso l'analisi fattoriale confermativa nel campione sperimentale (N=184). L'invarianza fattoriale, è stata indagata, analizzando simultaneamente il modello rappresentato in Figura. 1 nei diversi sottogruppi sperimentali.

Gli indici di bontà di adattamento del modello ai dati, hanno messo in evidenza un fit soddisfacente tra il modello a 4 fattori dell'OMMP e i dati osservati: $\chi^2 = (146) = 227.867$, $p < 0.001$; $\chi^2/df = 1.561$; NFI = 0.843; CFI = 0.936; RMSEA = 0.055; SRMR = 0.055.

Alla luce dei risultati ottenuti, consideriamo questo modello, come il nostro modello di riferimento e abbiamo proceduto confrontando il suddetto modello, con quello ottenuto dagli autori Portoghesi (Guimarães, et al., 2014). Di seguito, riportiamo gli indici di bontà di adattamento del modello strutturale Portoghese, utilizzando i soggetti del nostro campione sperimentale: $\chi^2 = (242) = 470.005$, $p < 0.001$; $\chi^2/df = 1.942$; NFI=0.778; CFI = 0.876; RMSEA = 0.072; SRMR=0.670. Ad una prima analisi, sembrerebbe che il nostro modello strutturale abbia una migliore tenuta, rispetto a quello ottenuto dagli autori Portoghesi (Figura. 2). A tale proposito, l'analisi del $\Delta\chi^2$ rivela, una differenza significativa tra i due modelli, dalla quale emerge come, il modello italiano si adatta ai dati raccolti meglio di quanto non faccia quello portoghese ($\Delta\chi^2(96) = 242.138$, $p < .001$).

Il nome e il significato dei quattro fattori individuati attraverso i nostri dati, sono stati costruiti tenendo in considerazione le analogie presenti con il modello originale dell'OMMP, il nome dei fattori, la saturazione delle variabili nei fattori (Orbach et al., 2003a). Sono state considerate altre analisi fattoriali esplorative e confermativa, realizzate in diverse popolazioni (Guimarães, et al., 2014; Orbach et al., 2003a). Il primo fattore è stato etichettato come "helplessness", ed è spiegato da 7 item. Le variabili che compongono questo fattore, sono analoghe con quelle trovate in un altro campione (Guimarães, et al., 2014). Il secondo fattore è detto "flooding emozionale" e comprende 5 variabili. Il terzo fattore è detto "perdita di controllo" ed è composto da 3 item. Il quarto e ultimo fattore definito come "irreversibilità" è costituito da 4 variabili.

Basandosi sulle linee guida proposte da Nunnally (1967), la coerenza interna della nuova scala OMMP (OMMP_19_ITA), pari a 0.933, è ottima. Inoltre, i 4 fattori della nuova scala mostrano una buona attendibilità, compresa tra 0.792 del quarto fattore e il 0.870 del secondo fattore (Tabella. 9). La coerenza interna, misurata con l'alfa di cronbach, risulta essere buona per tutte le dimensioni dei campioni considerati ($\alpha > 0.70$).

Validità di costrutto

Le correlazioni tra i diversi fattori dell'OMMP_19_ITA, così come, per il totale della nuova scala, e il PAS sono tutte positive e significative (Tabella. 10). L'entità delle correlazioni è forte secondo la classificazione proposta da Cohen (1988), in particolare la scala PAS mostra una minore relazione con il fattore Perdita di controllo ($r=0.609$; $p < 0.001$) e il fattore Irreversibilità ($r=0.605$; $p < 0.001$).

All'interno dei diversi campioni, sulla base dei cut-point stabiliti da Cohen (1992), l'effect size di queste correlazioni risulta forte.

Le correlazione tra i fattori dell'OMMP_19_ITA e le scale del distress psicologico, sono tutte significative e positive (Tabella 11). La scala di valutazione della depressione è quella che raggiunge l'indice più elevato di correlazione della depressione (da 0.693 a 0.506 nei quattro fattori e 0.722 con la scala totale), seguita dall'ansia e dalle restanti dimensioni. La forza della correlazioni, sia nell'ansia che nella depressione è ridotta in relazione agli ultimi due fattori. Inoltre, l'entità della correlazione tra i sintomi somatici (0.393 e 0.487 tra i quattro fattori) e l'ostilità (tra 0.413 e 0.461 nei quattro fattori) e i fattori della scala è minore. Riferendosi nuovamente ai criteri fissati da Cohen, l'entità dell'effetto del legame tra le variabili considerate, oscilla tra medio e forte in tutti i gruppi. Per entrambe le validità calcolate, nessuna delle relazioni mostra una forza della correlazione debole.

Differenze tra i gruppi

Il gruppo dei soggetti omosessuali hanno punteggi significativamente più elevati in tutte le dimensioni (tabella 12), fatta eccezione per il fattore irreversibilità ($t= -1.487$; $df= 725$; $p= 0.137$). La dimensione dell'effetto risulta essere piccola nelle diverse dimensioni, in particolare per la perdita di controllo.

La MANOVA fornisce una valutazione degli effetti principali e dell'interazione di due fattori fissi (genere e gruppo di appartenenza), con le dimensioni che compongono la scala del dolore mentale nelle diverse condizioni (Tabella 13a). Utilizzando la Lambda di Wilks per i test multivariati, non

emerge un effetto dell'interazione per il modello multivariato che, combina il gruppo di appartenenza del soggetti con il genere per i fattori della scala OMMP_19_ITA, $\lambda=0.63$, $F(12, 592.940) = 1.234$, $p= 0.256$. Inoltre, gli effetti principali relativi all'appartenenza al gruppo risultano significativi ($\lambda=0.79$, $F(12, 592.940) = 4.616$, $p< 0.001$) e allo stesso tempo, l'assenza di effetti principale derivati dal genere risulta non significativo per $\lambda=0.993$, $F(12, 224.000) = 0.384$, $p= 0.820$.

Per una migliore comprensione dei risultati ottenuti dai test multivariati, procediamo con l'esaminare gli effetti univariati. Dalle analisi univariate emerge che, l'effetto interazione tra gruppo e sesso non è significativo per i fattori Helplessness e Flooding emotivo, a differenza di quanto risulta per le restanti dimensioni della scala OMMP_19_ITA, ovvero Perdita di controllo ($F= (3,227) = 3.842$, $p= 0.010$) e Irreversibilità ($F= (3,227) = 3.414$, $p= 0.018$). Indagando la rilevanza di ogni singola variabile dipendente, constatiamo come, solamente per quanto riguarda il gruppo di appartenenza registriamo un effetto principale significativo. Al contrario, il genere non esercita alcun effetto principale, sulle dimensioni della scala del dolore.

Dal confronto tra i gruppi entro cui sono collocati i soggetti, rispetto le dimensioni di Helplessness e Flooding emotivo, ottenuto attraverso i test post hoc di Bonferroni, rileviamo che, il gruppo dei pazienti psichiatrici hanno punteggi significativamente più elevati di tutti altri gruppi nel primo fattore. Nel caso del fattore del Flooding emotivo, il gruppo di controllo risulta avere punteggi significativamente più bassi, dei soggetti del gruppo dei tossicodipendenti e dei pazienti psichiatrici (Tabella 13b). L'ampiezza dell'effetto rilevata oscilla tra un'intensità media e forte. Più precisamente, l'effetto si è dimostrato forte tra il gruppo di controllo e il gruppo dei pazienti psichiatrici ($d \geq 0.97$).

3.4. Discussione

Il principale scopo dello studio è stato quello di verificare nel contesto italiano, il modello multidimensionale di dolore mentale proposto da Orbach e colleghi (2003a), e confermarne l'invarianza strutturale di tale modello in diversi campioni clinici.

Alla luce dei risultati ottenuti, la validazione del dolore mentale attraverso l'OMMP si è dimostrata adeguata e, particolarmente utile in differenti stati mentali e in diverse condizioni di salute (Meerwijk & Weiss, 2011; Tossani, 2013; Trent Haines et al., 2015). Infatti, questo strumento, si è dimostrato essere un'efficiente strumento alternativo nella prevenzione, negli interventi e nella valutazione suicidaria (Levi et al., 2008; Gvion et al., 2014; Nahaliel et al., 2014), nelle dipendenze

(Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014;), nei disturbi mentali (Orbach et al., 2003b; Gvion et al., 2014, Nahaliel et al., 2014; Fertuck, Karan e Stanley, 2016). Inoltre, sembra rivelarsi utile, nella misurazione del dolore mentale anche nella popolazione generale (Soumani et al., 2011).

La struttura a otto fattori (40 items) della scala OMMP di Orbach e colleghi, a seguito di un'indagine strutturale con rotazione Promax, non è stata comprovata. Infatti, dall'analisi esplorativa è emersa una soluzione a 19 item, che saturano su soli quattro fattori, l'OMMP_19_ITA. A partire dalle variabili osservate, l'adeguatezza e la stabilità del modello a quattro fattori, ottenuto su un campione della popolazione generale italiana, è stata valutata attraverso un'analisi confermativa. Interpretazione e scelta dei nomi del nuovo OMMP a 19 item è stata fatta tenendo conto delle analogie riscontrate nelle ricerche in cui le diverse versioni dell'OMMP (Orbach et al., 2003a; Trent Haines et al., 2015; Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014), sono state impiegate.

Il primo fattore, facendo riferimento alla versione originale, è composto da sette item: due derivati dalla dimensione Freezing o congelamento, due item appartengono al fattore ferite narcisistiche, un item è tratto dalla dimensione perdita di controllo, un item è parte del fattore confusione e un ultimo item deriva dal fattore irreversibilità. Questi item riflettono un vissuto di rifiuto, di incapacità di reagire, un'esperienza incontrollabile e inarrestabile, caratterizzata da difficoltà cognitive. Nonostante questa dimensione non trovi riscontro nella soluzione fattoriale originale, esso è del tutto simile ad una fattore individuato in un campione di tossicodipendenti Portoghesi (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014). Pertanto, questo fattore, analogamente allo studio portoghese, è stato etichettato come Helplessness. Il termine "*helplessness*" indica lo stato psicologico manifestato da un individuo, quando questo si confronta con eventi percepiti come incontrollabili. Di fronte a questi eventi, il soggetto non è in grado di contrastare la situazione, per cui può insorgere uno stato depressivo o ansioso tale, da compromettere la capacità del singolo di affrontare tali eventi prendendo decisioni in modo autonomo. Quando gli individui, non percepiscono una relazione fra le proprie azioni e la possibilità di raggiungere certi risultati, può ingenerarsi una condizione di deficit motivazionale, cognitivo, emozionale: ovvero un'esperienza di perdita di controllo, che porta ad accettare in modo passivo gli eventi, anche quando minacciosi. Il risultato di un tale apprendimento è definita "*Learned Helplessness*" o "*incapacità appresa di reagire*". Un aspetto cruciale di questa teoria è che l'*helplessness* a livello clinico, non si sviluppa a partire da eventi di per sé traumatici, ma per via della loro natura irrefrenabile. Pertanto, il concetto di *helplessness*, sembra essere rappresentato in modo esaustivo, dagli elementi descritti attraverso gli item, individuati e raccolti all'interno del primo fattore estratto.

Il secondo fattore, è costituito da cinque item di cui tre sono derivati dal fattore originale del flooding emotivo, un item è stato tratto dalla dimensione confusione e l'ultimo item è parte del fattore perdita di controllo. Il fattore del flooding emotivo, descrive l'esperienza d'intensi e travolgenti stati emozionali, unita all'incapacità di fare fronte al carico emotivo, che pervade il soggetto incapace di ricorrere pienamente alle proprie funzioni cognitive. Questo fattore rappresenta indubbiamente, l'aspetto centrale dell'esperienze di dolore mentale, dato che ricorre come elemento costante alla base delle principali formulazione teoriche. Infatti, i modelli di Shneidman, Baumeister, Bolger, Orbach e più recentemente quello di Meerwijk e colleghi (2011), pongono l'accento sull'aspetto emotivo, originato da una percezione negativa o disfunzionale di sé, poiché è dal protrarsi e dal cronicizzarsi di questa esperienza, che il vissuto emozionale negativo si trasforma in dolore mentale. A partire da questo punto di vista, il dolore mentale, non è paragonabile alle emozioni negative associate con la sofferenza emotiva, poiché queste sono transitorie. Pertanto, rispetto alla sofferenza emotiva di per sé transitoria, il dolore mentale, è più facilmente assimilabile ad una condizione di tratto legata ad una percezione di sé stabile nel corso del tempo (Fertuck, Karan e Stanley, 2016).

Il terzo fattore, è costituito da sole tre variabili, ognuna derivata dal fattore originale perdita di controllo. Di conseguenza, è auspicabile attribuirgli la stessa etichetta utilizzata dagli autori stessi. Questa dimensione riflette le componenti di incontrollabilità, imprevedibilità e l'ambiguità dell'esperienza di perdita di controllo. Da una parte, il dolore sembra agire indipendentemente dalla volontà del singolo, che non riuscendo a regolare o bloccare quest'esperienza, mostra una capacità di pensare offuscata dal vissuto doloroso. Analogamente a quanto riconosciuto dal DSM-5, riguardo alla sintomatologia depressiva, il soggetto riferisce il presentarsi di una situazione di perdita di chiarezza nel pensare o nel concentrarsi, nonché, una difficoltà nel prendere anche le più piccole decisioni tipiche della vita quotidiana. Questo risultato è una conferma di come, l'incapacità di reagire, di essere bloccato dal punto di vista comportamentale, tipico dall'Helplessness, si presenti anche sotto forma di deficit nella dimensione cognitiva. L'idea di non poter aver controllo su ciò che accadrà, blocca l'agito del singolo, al quale non resta altro che focalizzare il pensiero sulla propria impotenza. Dall'altra, a causa di questa condizione, dove viene registrata una limitata capacità di una gestione autonoma, il soggetto guarda al futuro con preoccupazione.

L'ultimo fattore, etichettato come irreversibilità, è composto da quattro variabili: tre di queste derivano dalla dimensione irreversibilità del fattore originale, e un item è tratto dalla dimensione autoestranamento. Questo fattore riflette come il dolore mentale dia all'individuo la sensazione di essere incapace di integrare cambiamenti nella propria identità, e soprattutto di vivere questa

condizione come una continua e irrevocabile perdita o cambiamento di sé e delle proprie abilità. Ognuno dei quattro item, descrive perfettamente quanto descritto dal modello teorico di Orbach e colleghi, inoltre, l'irreversibilità rappresenta una delle entità esperienziali introdotte da Orbach e colleghi (2003a) unitamente, al freezing emozionale, l'autoestraniamiento e la confusione.

Considerando la soluzione fattoriale originale proposta da Orbach e colleghi (2003a) le dimensioni di vuoto, autoestraniamiento e ferite narcisistiche, non trovano nessuna, o solo una esigua conferma, pertanto sono state escluse dalla nuova scala OMMP_19_ITA.

L'esperienza di vuoto, in quanto perdita di significato e mancanza di visione e progettualità per il futuro, sembrerebbe la forza trainante per la messa in atto del comportamento suicidario, allo scopo di porre fine alla sofferenza. L'importanza di questa dimensione, e la sua relazione con il comportamento suicida è stato rilevato da Orbach e colleghi (2003b), in uno studio per valutare il dolore mentale tra coloro che hanno recentemente tentato o meno il suicidio. Il fattore descritto come vuoto, descrive una perdita di significato, dovuto alla perdita di desideri e scopi per il futuro, è stata completamente omessa da questo modello. Questa dimensione potrebbe essere presente in un altro ambito culturale, differente da quello italiano, oppure potrebbe essere espresso in un altro modo, in popolazioni diverse da quelle suicidarie. Pertanto, la definizione di Frankl di dolore mentale, non trova conferma nei dati raccolti all'interno dei diversi campioni di questo studio.

L'autoestraniamiento, ovvero l'incapacità di integrare i cambiamenti della propria identità, è rappresentato da un solo item in questa soluzione. Il contenuto dell'item 17 "Sento di non essere più quello di una volta" lo rende affine al costrutto di irreversibilità. I restanti item che compongono il fattore, (es. Mi sento come se non fossi reale") non trovano alcun riscontro tra i soggetti del nostro campione, forse a causa dei concetti e del modo in cui è esposto il costrutto stesso. A conferma di quanto riportato, anche nel campione portoghese (Guimarães, et al., 2014), questa dimensione non è stata inclusa nel modello strutturale.

La dimensione delle ferite narcisistiche, definita come esperienze emotive assimilabili al senso di vulnerabilità, rifiuto e l'abbandono, non rappresenta un fattore distinto in questa nuova soluzione, tuttavia, vi è una parziale inclusione di questi vissuti, nel fattore etichettato con il termine Helplessness. Il risultato ottenuto a proposito di questa dimensione, trova riscontro nei dati raccolti nello studio portoghese, condotto su un campione di soggetti tossicodipendenti (Guimarães, et al., 2014), a differenza di quanto emerge in soggetti affetti da disturbi borderline di personalità (DBP; Fertuck, Karan e Stanley, 2016). Zanarini e colleghi (1998) hanno evidenziato, come la sensazione di sentirsi inutile, abbandonato, rifiutato e di essere odiato dagli altri, era più comune tra i pazienti con DBP. Nel DSM-5, è prevista una sezione per valutare la funzionamento individuale e quello interpersonale. Malignant Self-Regard (Huprich e Nelson, 2014), è un emergente costrutto per la

valutazione della personalità, caratterizzato da un forte atteggiamento autocritico verso di sé, associato con aspettative irrealistiche di sé. Questo costrutto, per sua stessa definizione, potrebbe essere legato alla dimensione delle ferite narcisistiche del dolore mentale.

I fattori di flooding emotivo, la perdita di controllo e l'irreversibilità, sono le dimensioni che maggiormente contribuiscono a descrivere il costrutto di dolore mentale. Fatta eccezione per la perdita di controllo, le dimensioni fattoriali individuate nel nostro studio sono state incluse anche nello studio portoghese (Guimarães, et al., 2014), con il quale viene condiviso anche la dimensione etichettata come Helplessness. Una totale corrispondenza per i fattori coinvolti, la troviamo nello studio di Trent Haines, Jackson e Thomas (2015), condotto su un gruppo di 193 adolescenti e giovani adulti Afroamericani. Gli autori affermano che questi tre fattori potrebbero essere utili, nell'aiutare i professionisti della salute mentale, nell'individuazione degli aspetti scatenanti il dolore mentale o, nella sua peggiore conseguenza, il comportamento suicida.

Delle nove dimensioni che compongono la versione originale dell'OMMP, mentre cinque di queste presentano evidenti similitudini con altre concezioni teoriche, quali quelle di Shneidman, Baumeister e Bolger, quattro di queste riflettono aspetti non previsti dai precedenti modelli teorici, in particolare: irreversibilità, autoestranimento, freeziong, confusione. Nella versione OMMP_19_ITA, le ultime due dimensioni, pur perdendo il loro status di fattori, vengono individuate tracce della presenza all'interno dei fattori delle quattro nuove dimensioni dell'OMMP_19_ITA. L'irreversibilità, invece, ottenendo una maggiore quota di varianza delle variabili spiegata dal fattore, diventa un fattore distinto dagli altri. La rilevanza dell'irreversibilità, sembra trovare conferma in altri studi, popolazioni differenti e nelle minoranze (Trent Haines, Jackson e Thomas, 2015; Guimarães, et al., 2014; Orbach et al., 2003b). Questa indagine rappresenta una conferma di come sia i nuovi aspetti inseriti da Orbach e colleghi (2003a), che quelli precedentemente fissati da altri autori, coesistono nel fornire una definizione univoca di dolore mentale.

La soluzione a quattro fattori trovata in questo campione, include tre fattori della scala originale dell'OMMP e un nuovo fattore (Helplessness) precedentemente riscontrato in altri studi (Guimarães, et al., 2014). Ne consegue che, la struttura fattoriale del dolore mentale, nel campione italiano, rifletta la multidimensionalità del costrutto di dolore, confermando i modelli teorici da cui è stato tratto e contrapponendosi alla visione monodimensionale proposta da Holden e colleghi (2001).

L'impiego della OMMP_19_ITA nel contesto italiano, sembrerebbe essere adeguata alla luce del grado di attendibilità mostrata in tutte le dimensioni considerate e nei diversi campioni considerati.

L'Analisi Parallela, considerata più attendibile e utile nel determinare il numero esatto di fattori da estrarre (Pannocchia e Giannini, 2007) non è stata utilizzata in questo studio poiché forniva una soluzione radicalmente diversa, e meno equilibrata di quanto non sia lo strumento originale. Sia l'underextraction che la overextraction, hanno conseguenze, che influiscono negativamente sull'efficacia e il significato dell'analisi fattoriale esplorativa. Tuttavia, non dobbiamo dimenticare che, nell'analisi fattoriale esplorativa, la base teorica e le ricerche precedentemente condotte, ricoprono un ruolo centrale, tanto che il ricercatore deve prendere in considerazione sia l'aspetto statistico che quello sostanziale nel momento in cui deciderà il numero di fattori da estrarre (Fabrigar et al., 1999). Basandoci su questo spunto, sulla letteratura esistente e i risultati ottenuti, abbiamo optato per la soluzione ottenuta attraverso l'analisi fattoriale esplorativa, composta da numero quattro fattori, precedentemente descritti.

Validità di costrutto

L'entità delle correlazioni tra PAS e l'OMMP_19_ITA sono forti, analogamente a quanto rilevato da Meerwijk, Chesla e Weiss (2014) e Meerwijk, Ford e Weiss (2015). Non sorprende che i valori più deboli siano quelli con gli ultimi due fattori, mentre quelli più elevati siano con i primi due. Infatti, per quanto riguarda l'aspetto dell'irreversibilità, questo è stato introdotto da Orbach e colleghi successivamente all'opera di Shneidman, attraverso la quale Holden e colleghi (2001), hanno operazionalizzato e esaminato il costrutto di psychache. Inoltre, Shneidman, all'interno del suo quadro teorico, fa riferimento al controllo in termini di dominanza e autonomia, tuttavia, questa accezione esula dalla dimensione descritta dalla perdita di controllo, così come espressa attraverso l'OMMP_19_ITA. Quest'ultimo è diretto ad indagare l'incapacità del singolo di regolare la propria esperienza dolorosa, guardando con preoccupazione al proprio futuro.

Per quanto concerne l'helplessness, Shneidman inserisce tra le dieci caratteristiche comuni del suicidio, l'helplessness-hopelessness, affermando che nello stato di suicidio, vi è un pervasivo sentimento di helplessness-hopelessness e alla base di ogni emozione, v'è la sensazione di helplessness-hopelessness. In particolare, egli ritiene che rappresentino una parte integrante delle perturbazioni emotive, da ridurre o eliminare al di fine di scongiurare l'atto suicidario. Infine, a proposito del flooding emotivo, l'autore afferma che "il dolore psicologico è l'esperienza introspettiva di emozioni negative quali: la rabbia, l'angoscia, la paura, il dolore, la vergogna, senso di colpa, disperazione, solitudine, e perdita, ovvero in una sola parola "psychache" (Shneidman, 1993,1999). Il dolore, essendo associato alla consapevolezza della separazione dagli altri significativi e alla disintegrazione del sé, genera nell'individuo uno stato di allerta, evocando

le principali emozioni biologicamente adattive (rabbia, tristezza, paura e vergogna). L'helplessness e l'hopelessness, competono con emozioni orientate verso l'azione, quali paura e rabbia, sfidando il senso di speranza e di autoefficacia dell'individuo, evidenziando, come nessuna azione possa ripristinare, riparare o recuperare quanto è andato perduto e rotto (Bolger, 1999).

La forza di questa correlazione, potrebbe essere frutto della consecutio temporum, nella somministrazione degli strumenti diretti ad indagare il dolore mentale, per due ragioni: la prima è legata alle istruzioni fornite nel corso della somministrazione; la seconda è riconducibile all'approccio utilizzato per indagare un costrutto, in primo luogo viene valutata la presenza e successivamente la frequenza con cui si presenta. In altre parole, il primo strumento ad essere stato somministrato è l'OMMP_19_ITA, volto ad esaminare l'intensità del dolore mentale da un punto di vista multidimensionale, nel momento in cui avviene la valutazione. Successivamente, è stato somministrato il PAS diretto ad indagare la frequenza del dolore mentale, senza presentare nessun riferimento al momento a cui il soggetto deve fare riferimento nel corso della compilazione. Inoltre, mentre il primo strumento valuta il costrutto, il secondo ne valuta la frequenza, generando così un senso di continuità, per cui la persona in assenza di istruzioni dettagliate, a proposito del lasso temporale a cui fare riferimento durante la compilazione, continuare a riferirsi allo stesso lasso temporale.

A conferma di quanto ipotizzato e già emerso in letteratura, il dolore mentale risulta correlato con la depressione e l'ansia (Orbach et al., 2003a; Orbach et al., 2003b; Soumani et al., 2011; Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014; Meerwijk e Weiss, 2016). In particolare, rispetto ai risultati ottenuti nello studio di validazione, l'entità delle correlazioni è diminuita. Tuttavia, i risultati ottenuti in questo studio, mostrano una correlazione ancora più elevata rispetto a quella riportata dalle altre indagini.

Una possibile spiegazione, potrebbe risiedere, nelle caratteristiche clinimetriche strutturali degli strumenti impiegati per valutare i livelli di depressione e ansia. Negli studi condotti da Orbach e colleghi è stato utilizzato il medesimo strumento, il Cognition Checklist (CCL; Beck et al., 1987), messo a punto allo scopo di misurare la frequenza dei pensieri automatici rilevanti, sia per i pazienti ansiosi che per quelli depressi. E' impiegato anche come indice per determinare il grado di sintomatologia ansiosa e depressiva in un soggetto. Il modello teorico su cui poggia questo strumento è quello cognitivo, ne consegue che le diverse condizioni psicopatologiche, nella fattispecie depressione e ansia, si distinguano per il contenuto dei loro pensieri. Secondo Orbach e colleghi (2003a) gli strumenti che forniscono una valutazione della sintomatologia, dei segni o dell'eventuale diagnosi di uno stato mentale negativo (come ad esempio il Beck Depression Inventory), non sono in grado di fornire un'immagine dell'esperienza di dolore mentale, così come

descritta dall'OMMP. Gli autori stessi, affermano la necessità di indagare questa relazione, tra le dimensioni del dolore e gli aspetti che compongono la valutazione dello stato depressivo piuttosto che di quello ansioso.

Contrariamente a quanto atteso, in uno studio portoghese gli autori (Guimarães, Fleming e Cardoso, 2014), impiegando il Depression Anxiety Stress Scales (DASS; Lovibond e Lovibond, 1995), hanno ottenuto valori modesti di correlazione. Rispetto alle scale messe a punto da Beck e colleghi (1988), questo strumento è stato creato e perfezionato empiricamente, attraverso tecniche di analisi statistiche, non sono stati utilizzati criteri esterni (ad esempio DSM-III) per realizzare le scale, ed è stato sviluppato con campioni sani. In questo modo, lo scopo era quello di operationalizzare alcune concezioni esistenti a proposito delle sindromi affettive negative. Nonostante, le differenze riscontrate con il BDI, il DASS, presenta evidenti analogie con quest'ultimo. Infatti, anche il DASS è uno strumento diretto ad indagare l'intensità di alcune tipologie di sintomi, riconducibili a quadri diagnostici della depressione, dell'ansia e dello stress. Nel nostro studio è stato impiegato l'SQ, ovvero uno strumento di valutazione basato sui sintomi, utilizzato di frequente, per effettuare valutazioni dimensionali del *distress* psicologo nella popolazione generale. Una possibile spiegazione della forza delle correlazioni, potrebbe essere che, il quadro depressivo e ansioso delineato attraverso l'utilizzo dell'SQ, sia concettualmente più prossimo al costrutto di dolore mentale, così come descritto nell'OMMP. In altre parole, la misurazione dello stato depressivo articolata nei suoi diversi aspetti, sembrerebbe essere concettualmente più affine ad una valutazione multidimensionale del dolore mentale. Nell'ambito della ricerca, l'SQ ha dimostrato di possedere una eccellente sensibilità, che permette di cogliere differenze, anche esigue, tra diverse condizioni o popolazioni (Kellner, 1987). Potremmo, quindi, imputare la natura dell'entità delle correlazioni tra le dimensioni dell'OMMP, e la sintomatologia depressiva e ansiosa, valutata attraverso l'SQ, alla maggiore sensibilità dello strumento.

Bisogna tenere a mente che in psicomatria, un'alta correlazione rappresenta un'evidenza che due scale misurino lo stesso fattore e portino allo stesso risultato. La nostra indagine, così come altre ricerche (Ruini et al., 2002; Kellner et al., 1979; Fava et al., 1986) sottolineano che, una correlazione moderata e statisticamente significativa, non necessariamente determina un'analogia sensibilità. Il motivo può essere rintracciato nel fatto che, le due scale possono condividere un contenuto comune responsabile dell'elevata correlazione, tuttavia, gli item che le differenziano possono essere importanti nel determinare la sensibilità (Ruini et al., 2002; Kellner et al., 1979). Come affermato in precedenza, il dolore mentale è caratterizzato da una maggiore stabilità nel tempo, mentre l'SQ notoriamente fornisce una valutazione di aspetti riconducibili allo stato.

La forte sensibilità dell'OMMP rilevata in questa condizione, potrebbe essere riconducibile dall'influenza esercitata dalla condizione dolorosa nel determinare, le caratteristiche di stato (tendenza al cambiamento) o di tratto (tendenza alla persistenza) di uno strumento psicometrico. Infatti, costrutti psicologici tradizionalmente valutati come tratti caratterologici, possono mostrare una sorprendente sensibilità al cambiamento in una specifica situazione; mentre altri costrutti ritenuti dimensioni di stato possono presentare una stabilità temporale inaspettata (Ruini et al., 2002).

Inoltre, come rilevato da Mills, Green e Reddon (2005) strumenti concettualmente realizzati allo scopo di valutare lo stesso costrutto, nello specifico emozioni negative, possono condurre ad esiti differenti. Il diverso contenuto degli item, che compongono i vari strumenti di misura, unito, alla differente interpretazione e comprensione delle domande riguardanti le emozioni negative e le diverse popolazioni a cui vengono somministrati gli strumenti, possono condurre a esiti discordanti nonostante siano diretti a valutare il medesimo costrutto.

Per quanto è a nostra conoscenza, questo è il primo studio in cui viene esaminata e osservata la relazione tra dolore mentale e somatizzazione, utilizzando l'OMMP, in campione di soggetti della popolazione generale e clinici. Sino ad oggi, sono stati realizzati un solo studio utilizzando il PAS ed uno utilizzando MBPPAS. I risultati ottenuti sono discordanti, ovvero, mentre Olié e colleghi (2010), non trovano un elevato livello di dolore fisico in coloro che tentato il suicidio forse per la scarsa numerosità di pazienti che riferivano dolorosi sintomi somatici per ragioni altre dalla depressione. Mee e colleghi (2011) hanno invece rilevato una relazione positiva tra il dolore fisico, valutato attraverso il Brief Pain Inventory, e il dolore mentale in pazienti affetti da un disturbo di depressione maggiore.

A tale proposito, nella teoria della neuromatrice di Melzack (1999), perfezionamento della teoria del cancello, gli input ricevuti dalla neuromatrice, provengono da diverse aree del cervello preposte alla regolazione di sensazioni, emozioni e cognizioni e di contro produce una neurosignature, che attiva vari programmi per il riconoscimento del dolore, la risposta motoria, le reazioni emotive e stress.

Questo modello, rappresenta innanzitutto, il sottostante processo integrativo di aspetti fisiologici e psicologici presenti nell'esperienza dolorosa e nella sofferenza. In secondo luogo, una nuova direzione, al fine di controllare il dolore, in cui i fattori psicologici, precedentemente relegati alla semplice funzione di reazioni al dolore, grazie alla nuova teorizzazione di Melzack, diventano parte attiva del processo del dolore. Inoltre, un'ulteriore conferma della presenza di legame tra il dolore psicologico e il dolore fisico emerge da alcuni studi e revisioni dalla letteratura (Mee et al., 2006; Meerwijk, Ford e Weiss, 2013; Eisenberger, 2015), i quali hanno dimostrato, l'esistenza di

una sovrapposizione tra le aree cerebrali attivate durante le esperienze dolorose. In particolare, la condivisione di substrati neuronali tra le due condizioni dolorose, comporta una maggior sensibilità per entrambe le tipologie di dolore. Alcuni studi clinici, hanno dimostrato come pazienti con dolore cronico fossero più sensibili al dolore sociale e allo stesso modo coloro che si sono dimostrati più sensibili al dolore sociale, riportano anche più sintomi somatici, compreso il dolore (Eisenberger, 2016).

La rabbia solitamente viene definita come uno stato emotivo composto da sensazioni che oscillano in intensità, dall'irritazione alla furia. L'ostilità, nonostante accluda sentimenti rabbiosi, viene concettualizzata come un insieme di atteggiamenti duraturi e pervasivi, che motivano comportamenti aggressivi diretti verso oggetti e persone (Spielberg et al., 1985). L'aggressività è stata legata all'atto di suicidario in numerosi studi epidemiologici, clinici, retrospettivi, prospettici e in studi familiari (Gvion et al., 2014). Gvion e colleghi (2014), hanno confermato come l'aggressività-impulsività rappresenti un fattore di rischio, dimostrando come questa tendenza, non fosse però in grado di discernere tra atti più o meno letali. Successivamente Gvion e colleghi (2015), hanno rilevato come la rabbia, l'impulsività (deficit delle capacità decisionali) possano essere fattori che favoriscono l'accrescimento e l'insorgere del dolore mentale e viceversa. Shneidman (1998), afferma che la maggior parte dei suicidi tendenzialmente ricade in una dei cinque cluster dei bisogni psicologici, i quali riflettono differenti tipologie di dolore psicologico. Uno di questi cluster è descritto come un'eccessiva irritazione, rabbia e ostilità, derivate dalla frustrazione dei bisogni di dominanza, aggressione e neutralizzazione. L'ostilità, così come considerata entro il modello teorico di Shneidman, ovvero posta in relazione con il dolore mentale, rappresenta uno degli stati emotivi rilevanti per il suicidio. Le frustrazioni dei bisogni (Shneidman, 1993), la perdita di qualcosa o qualcuno (Orbach et al., 2003a), l'incapacità di soddisfare le proprie aspettative relativamente a se stessi (Sandler, 1962), principali condizioni da cui trae origine l'esperienza di dolore mentale, favoriscono l'insorgere di emozioni negative quali: rabbia, la disperazione, la paura, la vergogna, senso di colpa, disperazione. Pertanto, la correlazione positiva che lega il dolore mentale all'ostilità, non ci sorprende, anche se attualmente, non vi sono studi che valutino tale correlazione. Questa, inoltre, rappresenta anche una conferma dell'incapacità di regolare le emozioni tipiche dei soggetti con alto livello di dolore mentale (Shelef et al., 2015). Solo recentemente è stata riconosciuta l'importanza della capacità di regolare le emozioni, nella diagnosi precoce nella prognosi di malattie o disturbi psichiatrici. La capacità di regolare le emozioni si riferisce ad ampio range di processi biologici, cognitivi, comportamentali e sociali, volti ad aiutare il singolo nell'affrontare il flusso emotivo (Baumeister et al., 2005), mostrando di riuscire a influire anche sul benessere e sul funzionamento del singolo. Le persone che utilizzano

questa abilità, in modo disfunzionale, tendono ad avere un umore e dei sentimenti negativi (Baumeister et al., 2005). Infatti, le persone ostili, sembrano reagire al dolore, sia esso fisico o sociale, con pensieri e comportamenti più aggressivi (MacDonald e Leary, 2005).

Una regolazione patologica, invece, può far emergere irritabilità, ovvero, uno stato emotivo caratterizzato da una bassa soglia di tolleranza nei confronti della rabbia di fronte a eventi negativi (Shelef et al., 2015). Pensando in chiave di dolore fisico, il ruolo della rabbia nell'esacerbare il dolore e nel predisporre verso lo sviluppo di un dolore cronico, è per certi versi simile a quello di altre emozioni negative o stati di distress quali ansia e depressione (Fishman, 2012). Secondo le teorie del cancello e delle neuromatrici del dolore, le emozioni negative, possono aumentare l'intensità e la durata del dolore, alterando il funzionamento dei sistemi di modulazione del dolore.

Differenza tra i gruppi

Attualmente, per nostra conoscenza, la valutazione del dolore mentale in soggetti omosessuali o bisessuali (LGB), è stata indagata in un solo studio non pubblicato (Crain-Gully, 2011). Lo studio, ha evidenziato come non sia tanto l'identità LGB stessa a indurre il suicidio, quanto piuttosto agli stressor derivati dalla società oppressiva ed eterosessista. Per eterosessismo, termine coniato da Herek (1984), si intende un sistema ideologico individuale e culturale in cui ogni forma di identità, di comportamento, di relazione o comunità non eterosessuale viene negata, denigrata e stigmatizzata.

Studi epidemiologici hanno dimostrato che, rispetto alle persone eterosessuali, le persone appartenenti alla comunità LGB sono soggette, ad un crescente rischio di sviluppare disturbi psicologici, tra i quali: depressione, ansia e disturbi esternalizzanti (Feinstein, Goldfried e Davila, 2012). Di conseguenza, la ricerca ha iniziato ad indagare, i meccanismi presenti alla base delle differenze legate all'orientamento sessuale, rispetto alla salute mentale. Due delle più importanti teorie proposte alla spiegazione del motivo per cui gli individui LGB mostrano un maggiore rischio di avere disturbi mentali, è la minority stress theory (Meyer, 2003) o stress legato all'appartenenza ad una minoranza, l'altra è la psychological mediation framework di Hatzenbuehler (2009). La teoria del minority stress, si fonda sull'idea che gli individui LGB, sperimentano stress a causa del loro status sociale stigmatizzato, ovvero, stress derivato dall'appartenere ad una minoranza, e questa condizione di tensione, sia la ragione principale del maggior rischio di sviluppare disturbi psicologici. Hatzenbuehler (2009) estende la teoria di Meyer, riconoscendo l'esistenza di meccanismi di processamento psicologico generale (come il deficit della regolazione emotiva) e

di un processamento specifico per la comunità LGB (come eterosessismo internalizzato), necessari per spiegare la relazione tra discriminazione e la salute mentale. Infatti, vivere esperienze di discriminazione, potrebbe portare ad un accrescimento di emozioni negative, riconducibili al proprio orientamento sessuale, mentre l'eterosessismo interiorizzato, potrebbe favorire l'insorgenza di problemi di natura mentale.

L'accettazione, e la successiva interiorizzazione dei messaggi negativi, scaturiti dalla società nei confronti degli omosessuali (Szymanski et al., 2008) da parte degli stessi individui della comunità LGB, favorisce l'insorgenza di vissuti di colpa ed inadeguatezza. Inoltre, il processo di interiorizzazione dello stigma sessuale, fa emergere conflitti interni nell'individuo, riguardanti l'abbassamento della stima di sé, l'autosvalutazione, senso di inferiorità e di disagio (Lingiardi, Baiocco, e Nardelli, 2012; Meyer, 2003). Meyer (2003), ha identificato diversi fattori di stress specifici per la comunità LGB. L'occultare il proprio orientamento, spesso utilizzato per evitare la discriminazione, può diventare fonte rilevante di stress (Meyer, 2003). Le discriminazioni rese istituzionalizzate, poiché inserite all'interno dell'apparato legislativo ed alle politiche sociali, possono avere un impatto negativo sulla salute mentale degli individui che ne sono oggetto (Meyer, 2003). Tra le istituzioni che possono sostenere queste politiche, non dobbiamo trascurare il ruolo giocato dalla chiesa, la quale descrive le condotte omosessuali come intrinsecamente cattive dal punto di vista morale e per questo descrive tale inclinazione, come oggettivamente disordinata.

La costante esposizione a forme esterne di eterosessismo, la loro internalizzazione, l'esclusione sociale, la stigmatizzazione religiosa, il mancato riconoscimento sociale e l'aspettativa di un futuro rifiuto a causa del proprio orientamento sessuale, possono quindi portare effetti negativi potenzialmente gravi, sul benessere psicofisico degli individui. A tale proposito, alcune ricerche hanno raccolto le evidenze a proposito della relazione che intercorre tra l'eterosessismo interiorizzato e la depressione, la suicidalità, salute fisica, le difficoltà riguardanti il processo di coming-out, l'autostima, il distress psicologico e sociale, la qualità delle relazioni sessuali, e per le donne lesbiche emergono anche problematiche riguardanti gli ostacoli presenti sul posto di lavoro (Szymanski et al., 2008; D'Augelli et al., 2001).

Questi elementi, possono indurre nel soggetto, uno scarso attaccamento alla vita (Lingiardi, Baiocco e Nardelli, 2012) a causa dell'interiorizzazione dei messaggi sociali negativi, riguardanti la minoranza a cui gli individui LGB appartengono. Alcuni ricerche hanno rilevato un incremento del rischio di suicidio tra gli individui LGB, a prescindere dall'identità o dell'orientamento sessuale. I fattori di rischio, sono invece da rintracciare nella combinazione di stressor generici e diffusi tra gli individui uniti agli stressor derivati all'identificarsi con un gruppo stigmatizzato a

livello sociale (Savin-Williams & Ream, 2003). Dato il ruolo di predittore dell'ideazione e del comportamento suicidario (Holden et al., 2001; DeLisle & Holden, 2009; Pereira et al., 2010), la relazione tra l'eterosessismo e psychache dovrebbe essere indagata nella popolazione LGB.

Pertanto, all'interno del quadro teorico delineato e dei risultati ottenuti, non ci sorprende che il campione omosessuale, riferisca un maggior senso di impotenza (helplessness) ovvero, il soggetto crede che nonostante un'accurata pianificazione delle azioni e attuazione delle stesse, queste non porteranno al risultato desiderato. In alcuni casi, l'individuo può percepirsi come privo delle skills richieste per raggiungere lo scopo. Eidelson e Eidelson (2003) suggeriscono che, una disconnessione tra lo sforzo e la ricompensa, potrebbe presentarsi quando si verificano conflitti ripetuti entro contesto sociale più o meno allargato. Le barriere psicologiche create dalle credenze generate all'interno di un gruppo (in questo caso quello omosessuale), si rivelano essere ancora più dannose, poiché esse si rivelano più debilitanti e demoralizzanti degli impedimenti esterni. Per la popolazione LGB, oggetto di una forte oppressione a causa della loro identità sessuale, l'helplessness potrebbe quindi, indurre una riduzione della motivazione ad agire a causa delle molteplici percezioni di ostacoli, ed esperienze negative vissute al interno di una società eterosessista.

Inoltre, un'ulteriore conferma viene dalla dimensione delle ferite narcisistiche, che volta a descrivere il vissuto di rifiuto e abbandono, trova una corrispondenza, nella tendenza delle minoranza sessuali ad aspettarsi ansiosamente un possibile rifiuto a cause del loro orientamento sessuale (Feinstein, Goldfried e Davila, 2012).

La dimensione del flooding emotivo, descritto come una esperienza di stati emotivi intensi e travolgenti, trova conferma nella teoria del psychological mediation framework di Hatzenbuehler (2009). Lo stigma connesso alla propria identità sottovalutata, diventa uno stressor tale da contribuire ad un affetto negativo. Secondo l'autore essere oggetto di discriminazione, così come accade per i soggetti della comunità omosessuale a causa del loro orientamento sessuale, può rappresentare una fonte di stress tale da comportare una deficit nella gestione della regolazione emotiva. Lo stress legato allo stigma è un altro fattore specifico, che può contribuire allo sviluppo della ruminazione tra le minoranze sessuali, questo potrebbe essere dato, dalle esperienze croniche di discriminazione e il rifiuto generano un aumento dell'ipervigilanza. E' stato ipotizzato che gli individui stigmatizzati, utilizzano ed esauriscono l'autocontrollo, nel tentativo di maneggiare la propria identità, svalutata dalla società, il che richiede un uso flessibile delle strategie di regolazione delle emozioni nel breve termine. Nel corso del tempo, però, lo sforzo richiesto potrebbe diminuire le risorse individuali, e quindi la capacità del soggetto stesso di comprendere

e regolare in modo adattivo le proprie emozioni, rendendoli più vulnerabili alla depressione e all'ansia.

Il modo in cui un individuo pensa al futuro, è un fenomeno anche noto come orientamento verso il futuro, sembrerebbe avere importanti implicazioni e connessioni psicologiche, infatti, se non si ha almeno una parziale certezza a proposito del proprio futuro, il significato del presente stesso andrebbe perso portando ad una condizione di apatia e depressione (McInerney, 2004). Nella comunità LGB, un senso del futuro interrotto o condizionato, potrebbe rappresentare un importante meccanismo attraverso il quale lo stress derivato dall'appartenere ad una minoranza, influenza la salute e il benessere mentale dei soggetti. Lo stress prodotto dallo stigma, dalla discriminazione, dall'eterosessismo internalizzato, dal dover celare, e non rivelare il proprio orientamento sessuale, caratteristico delle minoranze, sembrerebbero poter avere un impatto sul senso di futuro tra i membri della comunità LGB. Gli omosessuali, guardano al futuro mostrando le stesse preoccupazioni presenti nella generale popolazione adulta. Tuttavia, alla stesso tempo, molte delle loro preoccupazioni sono legate alla loro identità omosessuale. Pertanto, potremmo concludere che, le incertezze nei confronti del futuro nella popolazione omosessuale, rilevate attraverso la dimensione della perdita di controllo, trova una conferma nella teoria di Meyer. L'immagine del futuro è di per sé un fenomeno complesso, complicato ulteriormente dalle esperienze a cui le minoranze sessuali si trovano di fronte. Tra i temi riportati troviamo, un rapporto difficile con certi capi saldi della tradizione culturale, quali: matrimonio, avere dei figli e nipoti, essere riconosciuto come un uomo maschile e la partecipazione religiosa (Goltz, 2008). Rispetto a queste convenzioni i soggetti possono mostrare frustrazione, desiderio di raggiungere questo obiettivo o sentirsi felice dall'esserne libero.

Per quanto riguarda le differenze tra i gruppi, i risultati ottenuti, confermano solo in parte le nostre ipotesi e la letteratura.

All'interno del fattore definito Helplessness, emerge che i soggetti del gruppo con diagnosi psichiatrica ottengono un punteggio più elevato. I soggetti che compongono questo gruppo sono per lo più affetti da disturbi d'ansia, dell'umore e solamente alcuni presentano una diagnosi di personalità borderline. La relazione tra questi disturbi e il dolore mentale, è già stata ampiamente indagata, mostrando come, la presenza di uno di questi quadri diagnostici fosse predittivo di un elevato livello di dolore mentale (Orbach et al., 2003b; Van Heeringen et al., 2010; Gvion et al., 2014; Meerwijk et al., 2014; Meerwijk et al., 2015; Fertuck et al., 2016).

Orbach definisce il dolore mentale, come: senso di perdita irrevocabile (irreversibilità) unita alla percezione di variazioni negative del sé e delle proprie funzioni (perdita di controllo, flooding, auto estraniamento, il freezing), accompagnata da cognizioni e sentimenti causati dalla perdita di

un altro o per la perdita di sé (auto-delusione, frustrazione degli obiettivi). Il dolore mentale, in quanto esperienza intollerabile, è accompagnata dall'idea, che sia impossibile cambiare questa situazione, portando il soggetto, in alcuni casi, a vedere come unica soluzione possibile l'autodistruzione (Levi et al., 2008). Allo stesso modo, nella teoria della learned helplessness, le esperienze di vita portano il soggetto a percepire e accettare l'incapacità di influire sugli esiti delle proprie azioni, rallentando la motivazione al cambiamento e ai processi di apprendimento cognitivi. Nel modello attribuzionale di Seligman, l'incapacità, solamente apprese, si riflette anche sul comportamento del singolo. Secondo il modello cognitivo di Beck, eventi avversi durante l'infanzia, portano alla formazione di schemi cognitivi automatici negativi, successivamente riattivati da fattori di stress nel corso della vita. L'autore, afferma inoltre che questi schemi, portano a distorsioni cognitive, quali l'astrazione selettiva, dove vengono trascurati i commenti positivi in favore di quelli negativi. Le distorsioni cognitive, a loro volta, contribuiscono a mantenere la negatività rivolta verso di sé, il mondo, e il futuro.

Per quanto riguarda i quadri ansiosi, invece, secondo Mandler (1989), l'helplessness rappresenta la causa scatenante dell'ansia. L'ansia, per l'autore, è ingenerata dall'interruzione di una organizzata pianificazione di comportamenti, normalmente utilizzati dal soggetto, per alleviare lo stato di distress e arousal. Analogamente, Seligman afferma che le persone depresse a causa del vissuto di helplessness e abbandono, decidono di non ricorrere a comportamenti salutari. La dipendenza, può essere vista come un comportamento mostrato in risposta ai sentimenti di helplessness esperiti dal singolo, il quale cerca di rovesciare questo vissuto nel tentativo di ristabilire un senso di competenza. Quando il comportamento, viene considerato come l'espressione di un comportamento che deve essere agito, come un'azione diretta ad allontanare l'espressione di questo sentimento, allora, la dipendenza può essere intesa in termini compulsione (Ruiz, Strain e Langrod, 2007). A tale proposito, il Modello Transteoretico di Cambiamento (TTM) costituisce un quadro di riferimento utile per comprendere il cambiamento del comportamento intenzionale, utilizzato in un gran numero di studi, che hanno valutato il trattamento e la risoluzione dei disturbi da uso di sostanze, mira a modificare un comportamento problematico o far acquisire un comportamento positivo al soggetto (DiClemente e Prochaska, 1998).

Per quanto riguarda il gruppo degli ex alcolisti, potrebbe essere ricondotto al fatto che la maggior parte dei soggetti che compongono il gruppo, hanno un elevato numero di anni di sobrietà. Questi soggetti, in questo momento, probabilmente si percepiranno maggiormente auto-efficaci, capaci di avere il controllo sulla situazione e mostrare di essere certi dell'utilità del loro agito, nel raggiungere un determinato risultato. Questa condizione produce tre conseguenze: (a)

motivazionali; (b) cognitive; (c) emotive. La prima si riferisce al fatto che, l'individuo diventi attivo, capace di esercitare il controllo, poiché è sicuro di poter influenzare la situazione. La seconda, la credenza nella capacità di produrre qualcosa di significativo e duraturo, si radica. La terza, e ultima, il vissuto emotivo negativo legato alla credenza che gli esiti sono incontrollabili, viene meno. In altre parole, facendo riferimento alla TTM, hanno consolidato il cambiamento del loro nuovo comportamento salutare.

Orbach (2003) descrivendo alcuni modelli di dolore mentale ha rilevato che l'aspetto maggiormente diffuso tra le diverse definizioni raccolte, riguarda le emozioni negative intense. Le emozioni sono cambiamenti fluttuanti nell' "emotional weather" (APA, 1994), dirette verso oggetti specifici, e danno luogo a comportamenti rilevanti per quell'oggetto. Con regolazione dell'emozione, ci riferiamo ai processi attraverso i quali, gli individui influenzano le emozioni che hanno, quando le hanno, quando le sperimentano e le esprimono (Gross, 1998). L'autore, inoltre, riconosce la presenza di una relazione tra la regolazione emotiva e il coping, la regolazione dell'umore, l'aggiustamento dell'umore, le difese e la regolazione affettiva. In particolare, la regolazione emotiva, è una delle principali forme di regolazione affettiva. La capacità di regolare le emozioni, si riferisce ad un ampio insieme di processi biologici, cognitivi, comportamentali e sociali che aiutano il soggetto ad affrontare il proprio flooding emotivo (Baumeister et al., 2005). Le persone incapaci di regolare efficacemente le proprie emozioni, tendono ad avere affetti e umore negativo (Baumeister et al., 2005).

Il coping, è l'esecuzione di una serie di processi che possono coinvolgere la sfera cognitiva, comportamentale ed affettiva. Il coping può essere distinto in due differenti tipologie a secondo dall'obbiettivo delle risorse coinvolte, tuttavia, la maggior parte degli stressor attiva entrambe le tipologie di coping. Il coping focalizzato sui problemi, è diretto a risolvere i problemi, o fare qualcosa per modificare la fonte del problema. Il coping focalizzato sulle emozioni, mira a ridurre e mantenere il distress emotivo, che è associato con la situazione e tende a predominare, quando le persone sentono che lo stressor è qualcosa che deve essere sopportato (Carver, Scheier e Weintraub, 1989). Le strategie includono: interpretare positivamente una situazione, la speranza di risolvere il problema, la credenza nelle proprie capacità di affrontare le difficoltà, pianificare il futuro, focalizzarsi sulle azioni positive che promuovono una soluzione, evitare azioni negative e richiedere assistenza (Carver, Scheier e Weintraub, 1989; Shelef et al., 2015). Il coping, analogamente alle strategie utilizzate per regolare le emozioni, si è dimostrato, essere connesso nella vulnerabilità nell'esperire e mantenere il distress emotivo (Orbach et al., 2003a). I processi di regolazione emotiva, svolgono un ruolo di spicco nell'ambito della salute mentale e del funzionamento individuale e sociale, tanto che, questa capacità risulta inadeguatamente regolata

in oltre metà dei disturbi dell'Asse I e in tutti i disturbi dell'Asse II del DSM-IV (Gross, 1998). Pertanto, sembrerebbe plausibile, riscontrare un elevato livello di flooding emotivo tra i soggetti con una diagnosi psichiatrica. Le strategie di regolazione delle emozioni e quelle di coping, essendo limitate tra i soggetti con elevato dolore mentale, tendono ad amplificare gli affetti e l'umore negativo. Il dolore mentale, generato da una perturbazione emotiva continua e insopportabile, accompagnata dalla mancanza di adeguate competenze per regolarlo o eliminarlo, accrescono la probabilità dell'ideazione o dell'attuazione della condotta suicidaria.

La minor rilevanza di questa dimensione tra i soggetti con diagnosi di dipendenze e disturbi correlati all'uso di sostanze, potrebbe essere dovuta alla fase in cui si trovano i soggetti coinvolti nel processo di cambiamento. La maggior parte dei soggetti che compongono il campione, all'interno delle strutture a cui afferiscono, potrebbero aver già intrapreso alcuni percorsi curativi, che prevedono l'accrescimento delle capacità del singolo nel gestire le emozioni.

Concludendo, l'OMMP_19_ITA, si è dimostrato essere uno strumento valido e attendibile, sia nella popolazione generale che in quella clinica. E' stato inoltre riscontrato un miglioramento nel livello di adattamento rispetto al modello proposto nello studio portoghese. È necessario approfondire la presenza del dolore mentale nei soggetti LGB, per meglio comprendere la relazione presente tra dolore e orientamento sessuale. Inoltre, sarebbe più utile se sia per gli ex alcolisti che per i tossicodipendenti in fase riabilitativa, fossero valutati nel momento in cui la dipendenza è ancora presente, o quando la dipendenza è cessata da un numero di anni ridotto ed il più possibile omogeneo. Infine, sarebbe necessario ampliare il campione sperimentale, prevedendo un'ulteriore suddivisione tra le diagnosi psichiatriche e le categorie psicopatologiche considerate.

3.5. Conclusioni generali

A seguito delle due revisioni della letteratura condotte, abbiamo deciso di ricorrere al termine dolore mentale e successivamente di utilizzare l'OMMP per procedere alla valutazione del costrutto. Uno dei motivi centrali per la scelta di questo strumento è derivato dal fatto che, attualmente sia lo strumento più impiegato e che lo sia anche in alcune popolazioni cliniche.

Per quanto riguarda il legame tra dolore mentale e fisico, sembrerebbe aver acquisito un'ulteriore conferma grazie ad una nuova categoria diagnostica, etichettata come Disturbi da sintomi somatici

e correlati, prevista dal DSM-5. La caratteristica comune delle condizioni patologiche raccolte all'interno di questa categoria è rappresentata dalla rilevanza dei sintomi somatici associati con una significativa sofferenza e invalidità. Più precisamente, il riferimento è rivolto alla diagnosi definita "Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche": la caratteristica essenziale è la presenza di uno o più fattori psicologici o comportamentali clinicamente significativi che influenzano negativamente la condizione medica, accrescendo la sofferenza e il rischio di morte o disabilità. Tra i fattori psicologici e comportamentali, ritroviamo la sofferenza psicologica, modelli di interazione interpersonale, stili di coping, e comportamenti di salute disadattivi.

Le aree coinvolte del dolore mentale sembrerebbero sovrapporsi a quelle attivate dal dolore fisico. Ad oggi, le principali evidenze raccolte a tale proposito restano per lo più ad appannaggio di coloro che impiegano il modello di dolore sociale, proposto da Eisenberger e colleghi (2003), per esaminare le sottostanti caratteristiche comuni. I restanti studi, si caratterizzano per un'estrema varietà di stimoli utilizzati nell'indagare l'attivazione delle strutture corticali e sottocorticali. Inoltre, le principali metodologie diagnostiche di esplorazione funzionale del cervello (PET e fMRI) forniscono informazioni ad elevata risoluzione spaziale, trascurando però gli aspetti temporali, tipiche delle tecniche elettrofisiologiche. Pertanto, sarebbe opportuno, cercare di condurre studi uniformi per ognuno degli aspetti citati, e prevedere, inoltre, studi in cui le tecniche vengono integrate così da poter ottenere un quadro più preciso dei meccanismi sottostanti al dolore mentale, in particolare per meglio comprendere gli aspetti riferiti alle esperienze soggettive di vita.

Per quanto concerne il rapporto tra il dolore psicologico e gli aspetti fisiologici, a nostra conoscenza le ricerche condotte sinora, sono solamente due: la prima indaga la variabilità della frequenza cardiaca, mentre la seconda l'attività elettrica cerebrale. Entrambe, gli studi hanno evidenziato come il dolore psicologico sembrerebbe accompagnarsi ad un persistente stato di arousal.

Il primo limite dello studio è l'utilizzo principalmente del *web* come fonte di reclutamento dei partecipanti (posta elettronica, social network, ecc...) poiché, nonostante permetta di raccogliere dati sull'intero territorio italiano, allo stesso tempo ha quasi sicuramente limitato la presenza di persone adulte all'interno del nostro campione.

Nei soggetti del gruppo affetto da un disturbo psichiatrico, la diagnosi riferita dai centri consultati, è stata accettata senza procedere ad un'ulteriore indagine. Data la limitata numerosità di questi soggetti, si è deciso di procedere raggruppandoli all'interno di uno stesso gruppo. In futuro, sarebbe più indicato raccogliere un numero, seppur limitato, ma bilanciato di soggetti. Inoltre,

alcuni dei soggetti di questo campione, hanno mostrato difficoltà nel mantenere la concentrazione per l'intera durata della somministrazione della batteria testistica. A tale proposito, invece, alcuni soggetti del gruppo con dipendenza da sostanze, ha necessitato del supporto degli educatori al fine di completarla.

Considerati i limiti, questi studi forniscono un supporto all'utilità dell'OMMP, come strumento valido a fornire una descrizione del costrutto di dolore mentale nella popolazione generale italiana. Orbach definisce il dolore mentale come un senso di perdita irrevocabile (irreversibilità), una ferita narcisistica e la percezione di cambiamenti negativi nel sé e delle proprie funzioni (perdita di controllo, flooding, estraniamento, freezing, confusione, vuoto) accompagnato da sentimenti e pensieri entrambi indotti dalla perdita di qualcuno o di sé stesso (autodelusione). Gli item che compongono l'OMMP_19_ITA, riflettono questa percezione di cambiamento negativo irreversibile avvenuto nel soggetto e nelle proprie funzioni. In particolare, la dimensione dell'irreversibilità trova conferma nei dati raccolti in questi studi. Essa rappresenta una conferma della persistenza del dolore mentale nel corso del tempo, un indicatore della stabilità del dolore mentale a differenza della sofferenza emotiva. Questo potrebbe essere espresso anche in termini di dolore mentale come qualità di tratto, ovvero, una propensione del soggetto al dolore mentale a prescindere dagli eventi stressanti. Le perplessità sollevate da alcuni autori a proposito della limitata coerenza interna di alcune dimensioni dell'OMMP e le ricerche condotte per valutarne la struttura fattoriale, trovano un'ulteriore conferma nei risultati delle analisi fattoriali condotte. Infatti, pur conservando la multidimensionalità, nell'OMMP_19_ITA, sono state dimezzate le dimensioni e il numero di item utilizzati.

Nonostante, il dolore mentale condivida molti aspetti comuni con altri stati emotivi negativi, come quello depressivo e quello ansioso, come già rilevato in letteratura, il dolore mentale costituisce un'esperienza soggettiva distinguibile dalle altre. La forza dell'associazione, potrebbe essere frutto del contenuto degli item che compongono gli strumenti impiegati per la rilevazione, sia per quanto riguarda il riferimento temporale considerato al momento della compilazione, e infine, alla strutturazione delle risposte, come la scala Likert a 5 punti e quella dicotomica (sì/no).

La valutazione del dolore mentale nella popolazione generale, ci permette di ricollocare il dolore entro un ambito che è quello dello stato di "normalità", e non necessariamente all'interno dei quadri patologici. La diffusione del dolore nella popolazione generale, inclusa quella LGB, rappresenta una conferma di come il dolore, possa essere realmente una condizione esistenziale che si manifesta ogni qualvolta, il soggetto affronta una situazione percepita dal soggetto stesso come insopportabile. I dati raccolti nei soggetti LGB ci ha permesso di meglio comprendere la

relazione che intercorre tra l'orientamento sessuale e il dolore mentale, sono necessari ulteriori studi per meglio definire tale relazione.

Il dolore mentale potrebbe fornire la soglia clinica essenziale per determinare quanta sofferenza sia necessaria prima che questa possa acquisire una rilevanza clinica. Il concetto di dolore potrebbe fornire una migliore specificazione del criterio 'disagio clinicamente significativo' ampiamente utilizzato nel DSM-5. La somministrazione dell'OMMP_19_ITA a popolazioni cliniche differenti, considerando inoltre la variabilità della sintomatologia nelle diverse forme cliniche, potrebbe fornire un importante contributo alla comprensione del dolore psicologico nelle diverse condizioni psicopatologiche.

Il dolore come sofferenza psichica implica stati emotivi, ansie, paure e ricordi di esperienze pregresse, che possono riflettersi sul trattamento e sulla relazione terapeutica, a tutt'oggi risulta necessario soffermarsi a riflettere e sviluppare ricerche attraverso un modello clinico e psicopatologico trans-teorico che integra le teorie e tecniche cognitive e comportamentali, psicodinamiche, sistemiche, umanistiche e sociali con le neuroscienze.

BIBLIOGRAFIA

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., et al. (2000). The hopelessness theory of suicidality. In T. Joiner & M. D. Rudd (Eds.), *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 17-32). Boston: Kluwer Academic Publishers.

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. U., Whitehouse, W. G., Cornette, M., & Akhavan, S., et al. (1998). Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: A prospective study. *Journal of Adolescence*, 21, 473-487.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, 96(2), 358.

Ahearn, E. P., & Carroll, B. J. (1996). Short-term variability of mood ratings in unipolar and bipolar depressed patients. *Journal of affective disorders*, 36(3), 107-115.

Ahmed, S. (2013). *The cultural politics of emotion*. Routledge.

Allen, J. G. (2009). Mentalizing as a Conceptual Bridge from Psychodynamic to Cognitive-Behavioral Therapies1. *European Psychotherapy Vol. 8: Special Topic Jeremy Holmes: New Paradigms and Old Wisdom*, 8(1)103-121.

Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Apkarian, A. V., Bushnell, M. C., Treede, R. D., & Zubieta, J. K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European journal of pain*, 9(4), 463-463.

Aragona, M., Perinelli, D., Bancheri, L., Pizzimenti, A., Conte, A., & Inghilleri, M. (2001). Caratteristiche cliniche delle sindromi da dolore non spiegabile esclusivamente su base somatica (DSM-IV Pain Disorder). *Psichiatria*, 36(5), 286-291.

- Bagozzi, R. P., Baugartneer, H. (1994). The evaluation of structural equation models and hypothesis testing. In R.P. Bagozzi (Ed.), *Principles of marketing research*. London: Blackwell.
- Bakan, D. (1968). *Disease, pain, and sacrifice: Toward a psychology of suffering*. Chicago: Beacon Press.
- Barbaranelli, C., e Ingoglia, S. (2013). I modelli di equazioni strutturali: temi e prospettive. Milano: LED.
- Baron-Cohen, S. (1997). *Mindblindness: An essay on autism and theory of mind*. Cambridge: MIT Press.
- Bates, M. S. (1987). Ethnicity and pain: A biocultural model. *Social Science & Medicine*, 24(1), 47-50.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Twenge, J. M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of personality and social psychology*, 88(4), 589.
- Baumeister, R. F., Leith, K. P., Muraven, M., Bratslavsky, E. (2002). Self-Regulation as a Key to Success in Life. In D. Pushkar, W.M. Bukowski, A. E. Schwartzman, D. M. Stack, e D. R. White, (Eds.), *Improving Competence across the Lifespan* (pp 117-132). Berlin: Springer.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Beck, A. X, Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association*, 234. 1146-1149.
- Beck, J. S. (1979). *Cognitive therapy*. John Wiley & Sons, Inc.

- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 2, 238-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
- Berlim, M. T., Mattevi, B. S., Pavanello, D. P., Caldieraro, M. A., Fleck, M., Wingate, L. R., & Joiner, T. E. (2003). Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 242-248.
- Bion, W. (1963). *Elements of psychoanalysis*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione. Una interpretazione scientifica sulla psicoanalisi e sui gruppi*. Roma: Armando Editore.
- Björgvinsson, T., & Hart, J. (2006). Cognitive behavioral therapy promotes mentalizing. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 157-170). Chichester, UK: Wiley.
- Bolger, E. A. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9, 342-362.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Bonica, J. J. (1979). The need of a taxonomy. *Pain*, 6(3), 247-252.
- Bradley, W. G. (Ed.). (2004). *Neurology in clinical practice: principles of diagnosis and management* (Vol. 1). Taylor & Francis.
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen, J.S. Long (eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Brüne, M., Schöbel, A., Karau, R., Faustmann, P. M., Dermietzel, R., Juckel, G., & Petrasch-Parwez, E. (2011). Neuroanatomical correlates of suicide in psychosis: the possible role of von Economo neurons. *PLoS One*, 6(6), e20936.
- Buskila, D., & Cohen, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current pain and headache reports*, 11(5), 333-338.

- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide risk in nonclinical individuals. *Journal of clinical psychology, 71*(10), 994-1003.
- Carroll, B. J. (1991). Psychopathology and neurobiology of manic-depressive disorders. Psychopathology and the Brain. In: Carroll, BJ and JE Barrett (Eds.), *Psychopathology and the Brain*, (pp. 265-285). New York: Raven Press
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*(2), 267.
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine. *New England Journal of Medicine, 306* (11), 639-645.
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
- Cheon, B. K., Im, D. M., Harada, T., Kim, J. S., Mathur, V. A., Scimeca, J. M., Parrish, T. B., Park H. & Chiao, J. Y. (2013). Cultural modulation of the neural correlates of emotional pain perception: the role of other-focusedness. *Neuropsychologia, 51*(7), 1177-1186.
- Cheon, B. K., Im, D. M., Harada, T., Kim, J. S., Mathur, V. A., Scimeca, J. M., Parrish, T. B., Park H. & Chiao, J. Y. (2011). Cultural influences on neural basis of intergroup empathy. *NeuroImage, 57*(2), 642-650.
- Clark, W.C., Fletcher, D., Janal, M., Carrol, D. (1995). Hierarchical clustering of pain and emotion descriptors: Towards a revision of the McGill Pain Questionnaire. In: Bromm B, Desmedt J., eds. *Pain and the brain: From nociception and cognition. Advances in pain research and therapy* (pp. 2319-30). New York: Raven.
- Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. In B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 16-48). New York: Oxford University Press.
- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2009). Burden of psychiatric morbidity among lesbian, gay, and bisexual individuals in the California Quality of Life Survey. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 647.

Cochran, S. D., Sullivan, J. G., & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(1), 53.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Conrad, A. K., Jacoby, A. M., Jobes, D. A., Lineberry, T. W., Shea, C. E., Arnold Ewing, T. D., ... & Grenell, J. A. (2009). A psychometric investigation of the Suicide Status Form II with a psychiatric inpatient sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 39*(3), 307-320.

Covington, E. C. (2000). Psychogenic pain-what it means, why it does not exist, and how to diagnose it. *Pain Medicine, 1*(4), 287-294.

Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the National Comorbidity Survey. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*, 209-219.

Crain-Gully, D. I. (2011). Psychache and coming out lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) adults at risk of suicidal ideation and suicide attempts: A mixed-methods design. *Dissertations Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 71*(8-B), 5104.

D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Hershberger, S. L., & O'Connell, T. S. (2001). Aspects of mental health among older lesbian, gay, and bisexual adults. *Aging & Mental Health, 5*(2), 149-158.

Dallenbach, K.M. (1939). Pain: history and present status. *Am J Psychol 52*: 331-347.

De Lillo, A., Argentin, G., Lucchini, M., Sarti, S., & Terraneo, M. (2007). *Analisi multivariata per le Scienze sociali*. Pearson Italia Spa.

De Waal, F. B. (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annu. Rev. Psychol., 59*, 279-300.

DeLisle, M. M., & Holden, R. R. (2009). Differentiating Between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 42*, 46-63.

Di Fiorino, M., Massei, J. G., & Pacciardi, B. (2010). *Sintomi somatici e depressione*. Psichiatria & Territorio.

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). *Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors*. Plenum Press.

Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, Ø., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 153-168.

Dimaggio, G., Lysaker, P. H., Carcione, A., Nicolò, G., & Semerari, A. (2008). Know yourself and you shall know the other... to a certain extent: multiple paths of influence of self-reflection on mindreading. *Consciousness and cognition*, 17(3), 778-789.

Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Rudd, D. M. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 91-98.

Dyer, J. A. T., & Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 144, 127-133.

Eidelson, R. J., & Eidelson, J. I. (2003). Dangerous ideas: Five beliefs that propel groups toward conflict. *American Psychologist*, 58(3), 182.

Eisenberger, N. I. (2015). Social pain and the brain: Controversies, questions, and where to go from here. *Annual review of psychology*, 66, 601-629.

Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2004). Why rejection hurts: a common neural alarm system for physical and social pain. *Trends in cognitive sciences*, 8 (7), 294-300.

Engel, G. L. (1959). "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *The American journal of medicine*, 26(6), 899-918.

Ercolani, M., & Pasquini, L. (2007). *La percezione del dolore*. Bologna: Il Mulino.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 3, 272-299.

- Fava, G. A. (1983). Italian validation of the Symptom Rating Test (SRT) and Symptom Questionnaire (SQ). *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*.
- Fava, G. A., Kellner, R., Lisansky, J., Park, S., Perini, G. I., & Zielezny, M. (1986). Rating depression in normals and depressives: Observer versus self-rating scales. *Journal of affective disorders*, 11(1), 29-33.
- Feinstein, B. A., Goldfried, M. R., e Davila, J. (2012). The relationship between experiences of discrimination and mental health among lesbians and gay men: An examination of internalized homonegativity and rejection sensitivity as potential mechanisms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(5), 917.
- Fertuck, E. A., Karan, E., & Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1.
- Fertuck, E. A., Karan, E., & Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1.
- Fishman, S. M. (2012). *Bonica's management of pain*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Fleming, M. (2006). Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience. *International Forum of Psychoanalysis*, 15(4), 195-200.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *The International Journal of Psychoanalysis*, 72(4), 639-656.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square.
- Freud, S. (1911). *Precisazioni su due principi dell'accadere psichico*. Roma: Newton Compton Editori.
- Freud, S. (1925). *Opere. Vol. 10: Inibizione, sintomo e angoscia (1924-1929)*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1926). *Inibizione, sintomo e angoscia*. Roma: Newton Compton Editori.

- Freud., S (1895). *Minute teorie per Wilhelm Fliess*. Newton Compton Editori.
- Frith, C. D., & Frith, U. (1999). Interacting minds a biological basis. *Science*, 286(5445), 1692-1695.
- Gallese, V. (2001). The ‘Shared Manifold’ Hypothesis. *Journal of Consciousness Studies*, 8(5-7), 33-50.
- Gallese, V., & Goldman, A. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in cognitive sciences*, 2(12), 493-501.
- Gifuni, A. J., Ding, Y., Olié, E., Lawrence, N., Cyprien, F., Le Bars, E., ... & Jollant, F. (2015). Subcortical nuclei volumes in suicidal behavior: nucleus accumbens may modulate the lethality of acts. *Brain imaging and behavior*, 1-9.
- Giorgetti, M., e Massaro, D. (2007). *Ricerca e percorsi di analisi dati con SPSS*. Pearson Italia Spa.
- Grandi, S., Sirri, L., Wise, T. N., Tossani, E., & Fava, G. A. (2011). Kellner’s Emotional Inhibition Scale: a clinimetric approach to alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(6), 335-344.
- Guimarães, R., Fleming, M., & Cardoso, M. F. (2014). Validation of the Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP) on a drug addicted population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(3), 405-415.
- Gvion, Y., Horresh, N., Levi-Belz, Y., Fischel, T., Treves, I., Weiser, M., ... & Apter, A. (2014). Aggression–impulsivity, mental pain, and communication difficulties in medically serious and medically non-serious suicide attempters. *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 40-50.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135, 707–730.
- Hein, G., & Singer, T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current opinion in neurobiology*, 18(2), 153-158.
- Herek, G. M. (1984). Beyond" homophobia": A social psychological perspective on attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of homosexuality*, 10(1-2), 1-21.

Holden, R. R., Mehta, K., Cunningham, E. J., & McLeod, L. D. (2001). Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 33(4), 224-232.

Holm, A. L. e Severinsson E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder – a review of the literature. *Int. J. Ment. Health Nurs*, 17, 27–35.

Holm, A. L., & Severinsson, E. (2010). Desire to survive emotional pain related to self-harm: A Norwegian hermeneutic study. *Nursing & health sciences*, 12(1), 52-57.

Horesh, N., Levi, Y., & Apter, A. (2012). Medically serious versus non-serious suicide attempts: relationships of lethality and intent to clinical and interpersonal characteristics. *Journal of affective disorders*, 136(3), 286-293.

Horn, S., & Munafò, M. (1997). *Pain: theory, research and intervention*. Buckingham: Open University Press.

Hu, L. T., Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.

Huprich, S.K., e Nelson, S. (2014). Malignant self-regard: Accounting for commonalities in vulnerably narcissistic, depressive, self-defeating, and masochistic personality disorders. *Compr Psychiatry*, 55(4):989 – 98.

Hutcheson, G. D., e Sofroniou, N. (1999). *The multivariate social scientist: Introductory statistics using generalized linear models*. Sage.

Istat (2012). I SUICIDI IN ITALIA: TENDENZE E CONFRONTI, COME USARE LE STATISTICHE. Disponibile online al sito <http://www.istat.it/it/files/2012/08/nota-informativa-SUICIDI.pdf?title=I+suicidi+in+Italia+-+08%2Fago%2F2012+-+Testo+integrale.pdf>

Jobes, D. A., & Berman, A. L. (1993). Suicide and malpractice liability: Assessing and revising policies, procedures, and practice in outpatient settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 91-99.

Jobes, D. A. (2000). Collaborating to prevent suicide: A clinical-research perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(1), 8-17.

- Jobes, D. A., & Drozd, J. F. (2004). The CAMS approach to working with suicidal patients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 73-85.
- Jobes, D. A., Jacoby, A. M., Cimboric, P., & Hustead, L. A. T. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of counseling psychology*, 44(4), 368.
- Joffe, W. G., & Sandler, J. (1967). On the concept of pain, with special reference to depression and psychogenic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 69-75.
- Joiner, T. E., Steer, R. A., Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., & Schmidt, N. B. (2001). Hopelessness depression as a distinct dimension of depressive symptoms among clinical and non-clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 39(5), 523-536.
- Jost, J. T., Kruglanski, A. W., & Nelson, T. O. (1998). Social metacognition: An expansionist review. *Personality and Social Psychology Review*, 2(2), 137-154.
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveldt-Dawson, K. & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- Kellner, R. (1987). A symptom questionnaire. *J Clin Psychiatry*, 48(7), 268-274.
- Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression: a conceptual and terminological revision. *Archives of General Psychiatry*, 31(4), 447.
- Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(6), 497-501.
- Leary, M. R., Schreindorfer, L. S., & Haupt, A. L. (1995). The role of low self-esteem in emotional and behavioral problems: Why is low self-esteem dysfunctional?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(3), 297-314.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (2005). A Note on Shneidman's Psychological Pain Assessment Scale. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 50(4), 301-307.
- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 244-250.

- Levi, Y., Horesh, N., Fischel, T., Treves, I., Or, E., & Apter, A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an “impossible situation”. *Journal of Affective Disorders*, 111(2), 244-250.
- Lingiardi, V., Baiocco, R., e Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: A new scale. *Journal of Homosexuality*, 59, 1191-1210.
- Lovibond, P. F., e Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343.
- Macdonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202 – 223.
- MacLean, P. D. (1955). The limbic system ('visceral brain') and emotional behavior. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 73(2), 130.
- Mandler, G. (1989). Affect and learning: Causes and consequences of emotional interactions. In *Affect and mathematical problem solving* (pp. 3-19). Springer New York.
- Maris, R. W. (Ed.). (1992). *Assessment and prediction of suicide* (Vol. 21, No. 1). Guilford Press.
- McCaffery, M. (1968) *Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-Environment Interactions*. Los Angeles: University of California at LA Students Store.
- McInerney, D. M. (2004). A discussion of future time perspective. *Educational Psychology Review*, 16(2), 141-151.
- Mecacci, L. (2012). *Dizionario delle scienze psicologiche*. Bologna: Zanichelli.
- Mee, S., Bunney, B. G., Bunney, W. E., Hetrick, W., Potkin, S. G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of psychiatric research*, 45(11), 1504-1510.
- Mee, S., Bunney, B. G., Reist, C., Potkin, S. G., & Bunney, W. E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of psychiatric research*, 40(8), 680-690.
- Meerwijk, E. L., & Weiss, S. J. (2011). Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, 16(5), 402-412.

- Meerwijk, E. L., Chesla, C. A., & Weiss, S. J. (2014). Psychological pain and reduced resting-state heart rate variability in adults with a history of depression. *Psychophysiology*, 51(3), 247-256.
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M., & Weiss, S. J. (2013). Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. *Brain imaging and behavior*, 7(1), 1-14.
- Meerwijk, E. L., Ford, J. M., & Weiss, S. J. (2015). Resting-state EEG delta power is associated with psychological pain in adults with a history of depression. *Biological psychology*, 105, 106-114.
- Melzack, R. (1990). Phantom limbs and the concept of a neuromatrix. *Trends in neurosciences*, 13(3), 88-92.
- Melzack, R. (1999). Pain and stress: a new perspective. In: Gatchel RJ, Turk DC, editors. *Psychosocial factors in pain*. Critical perspectives. New York: The Guilford Press.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). *Pain mechanisms. A new Theory*. Science, 150, 971.
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1996). *The Challenge of Pain*. New York: Penguin Books.
- Melzack, R., Torgerson, W.S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 334, 50–59.
- Mercadante, S. (2005). *Il dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento*. Milano: Elsevier Masson.
- Merskey, H., & Bogduk, N. *Classification of chronic pain*. Seattle: IASP Press, 1994.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual population: Conceptual issue and research evidence. *Psychological Bulletin*, 5, 674-697.
- Minkoff, K., Bergman, E., Beck, A. T., & Beck, R. (1973). Hopelessness, depression and attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 130, 455-459.
- Mitchell PB, Parker GB, Gladstone GL, Wilhelm K, Austin MP. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype. *Journal of Affective Disorders*, 73, 245–252.

- Mitchell, J. P., Macrae, C. N., & Banaji, M. R. (2006). Dissociable medial prefrontal contributions to judgments of similar and dissimilar others. *Neuron*, 50(4), 655-663.
- Molinari, E., e Castelnuovo, G. (2010). *Psicologia clinica del dolore*. Milano: Springer.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., & Komaki, G. (2006). *Impaired self-awareness and theory of mind: an fMRI study of mentalizing in alexithymia*. *Neuroimage*, 32(3), 1472-1482.
- Morse, J. M. (2001). Toward a praxis theory of suffering. *Advances in Nursing Science*, 24, 47–59.
- Morse, J. M., Mitcham, C., Hupcey, J. E., & Tason, M. C. (1996). Criteria for concept evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 385–390.
- Munro, B. H. (2005). *Statistical methods for health care research* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Murray, H. A. (1967). Dead to the world: the passions of Herman Melville. In E. Shneidman (Ed.), *Essays in Self-destruction* (pp. 7-29). New York: Science House.
- Nahaliel, S., Sommerfeld, E., Orbach, I., Weller, A., Apter, A., & Zalsman, G. (2014). Mental pain as a mediator of suicidal tendency: A path analysis. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 944-951.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & De Graaf, R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105.
- Nunnally, J., e Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Ohana, I., Golander, H., & Barak, Y. (2014). Balancing psychache and resilience in aging Holocaust survivors. *International Psychogeriatrics*, 26(06), 929-934.
- Olié, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of Affective Disorders*, 120, 226-230.

- Orbach, I., Mikulincer, M., Gilboa-Schechtman, E., & Sirota, P. (2003b). Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 231-241.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., & Gilboa-Schechtman, E. (2003a). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 219-230.
- Panksepp, J. (1998) *Affective Neuroscience*, Oxford University Press.
- Paykel, E.S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, Suppl:61–6.
- Pazzagli, A., e Monti, M. (2000). Dysphoria and aloneness in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(4), 220-226.
- Pereira, E. J., Kroner, D. G., Holden, R. R., & Flamenbaum, R. (2010). Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences*, 49(8), 912-917.
- Petrie, K., & Chamberlain, K. (1983). Hopelessness and social desirability as moderator variables in predicting suicidal behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51. 485-487.
- Phan, K. L., Wager, T., Taylor, S. F., & Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16(2), 331-348.
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(04), 515-526.
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 18(1), 28-36.
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E. L., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of behavioral medicine*, 27(2), 147-165.
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(3), 264-272.

- Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, *126*(1), 321-325.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *20*(1), 17-22.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive brain research*, *3*(2), 131-141.
- Roskies, A. L. (2008). Neuroimaging and inferential distance. *Neuroethics*, *1*(1), 19-30.
- Ruby, P., & Decety, J. (2003). What you believe versus what you think they believe: a neuroimaging study of conceptual perspective taking. *European Journal of Neuroscience*, *17*(11), 2475-2480.
- Rudd, M. D. (1990). An integrative model of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *20*, 16-30.
- Ruiz, P., Strain, E. C., & Langrod, J. (2007). *The substance abuse handbook*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sandler, J. (1980). *La ricerca in psicoanalisi*. Vol. 1. Il Super-Io, l'Ideale dell'Io e altri scritti. Torino: Bollati Boringhieri.
- Savin-Williams, R. C., & Ream, G. L. (2003). Suicide attempts among sexual-minority male youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *32*(4), 509-522.
- Saxe, R., Carey, S., & Kanwisher, N. (2004). Understanding other minds: Linking developmental psychology and functional neuroimaging. *Annual Reviews of Psychology*, *55*, 87-124.
- Schiff, J.M. (1858). *Lehrbuch der physiologie des menschen: I. Muskel- und nervenphysiologie*. Schauenburg, Lahr, Germany.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, *2*(1), 23-47.
- Schore, A.N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Dev Psychopathol*, *9*, 595-631.
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual review of medicine*, *23*(1), 407-412.

- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolo, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 238-261.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119.
- Semerari, A., d'Angerio, S., Popolo, R., Cucchi, M., Ronchi, P., Maffei, C., & Carcione, A. (2008). L'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM): Descrizione dello Strumento. *Cognitivismo clinico*, 5 (2), 174-192.
- Sensky, T. (2010) Suffering. *Int J Integr Care*, 10:66-68.
- Shelef, L., Fruchter, E., Hassidim, A., & Zalsman, G. (2015). Emotional regulation of mental pain as moderator of suicidal ideation in military settings. *European Psychiatry*, 30(6), 765-769.
- Shneidman, E. S. (1981). Suicidal thoughts and reflections 1960-1980. *Suicide and Life-Threatening Behavior* VH (4), 254-282.
- Shneidman, E. S. (1992). What do suicides have in common? Summary of the psychological approach. In B. Bongar (Ed.), *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment* (pp. 3-15). New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. S. (1998). *The suicidal mind*. Oxford University Press, USA.
- Shneidman, E. S. (1999). Perturbation and lethality. A psychological approach to assessment and intervention. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp. 83-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E. S. (2005). Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 7-12.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Silvestrini, M., e Caputi, C.A. (2013). Storia delle teorie del dolore. *Pathos*, 20(3), 27-38.
- Sims, A. (2004). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*. Milano: Cortina Editore

- Smith, L. W., & Conway, P. W. (2009). *The Mind-body Interface in Somatization: When Symptom Becomes Disease*. Jason Aronson, Incorporated.
- Soumani, A., Damigos, D., Oulis, P., Masdrakis, V., Ploumpidis, D., Mavreas, V., & Konstantakopoulos, G. (2010). Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 22(4), 330-340.
- Spielberger, C. D., Johnson, E. H., Russell, S. F., Crane, R. J., Jacobs, G. A., & Worden, T. J. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 5-30.
- Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (1993). Self-reported suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1096-1099.
- Steiner, J. (2004). *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. Routledge.
- Sullivan, M. D. (2001). Finding Pain Between Minds and Bodies. *The Clinical Journal of Pain*, 17(2), 146-156.
- Szymanski, D. M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 510-524.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Thornhill, N. W., & Thornhill, R. (1990). An evolutionary analysis of psychological pain following rape: I. The effects of victim's age and marital status. *Ethology and Sociobiology*, 11(3), 155-176.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple-factor Analysis: A Development and Expansion of The Vectors of Mind: by LL Thurstone*. University of Chicago Press.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 53.

- Tiengo, M. (2008). La percezione del dolore e il suo controllo: quello che ancora non sappiamo. *Pathos*, 15(1-2), 21-25.
- Tossani, E. (2013). The concept of mental pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 67–73.
- Trent Haines, R., Jackson, A. D., & Thomas, E. L. (2015). Evaluating the Orbach Mikulincer Mental Pain Scale among Late Adolescent and Early Adult African Americans: A Rasch Analysis. *Issues in mental health nursing*, 36(10), 761-772.
- Trent Haines, R., Jackson, A. D., & Thomas, E. L. (2015). Evaluating the Orbach Mikulincer Mental Pain Scale among Late Adolescent and Early Adult African Americans: A Rasch Analysis. *Issues in mental health nursing*, 36(10), 761-772.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2010). Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman’s theory of suicide. *Personality and Individual Differences*, 49, 689–693.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 1019–1027.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2013). Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 46(1), 50-63.
- Trombini, E. (a cura di) (2002). *Il dolore mentale nel percorso evolutivo*. Urbino: Quattroventi.
- Trombini, G., & Baldoni, F. (1999). *Psicosomatica*, Bologna: Il Mulino.
- Turk, D. C., & Melzack, R. (2011). *Handbook of pain assessment*. Guilford Press.
- Van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervaeke, M., Soenen, L., & Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 181(2), 141-144.
- Vanheule, S. (2008). Challenges for alexithymia research: a commentary on “The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms”. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (3), 332-337.

- Voeller, K. K. (1986). Right-hemisphere deficit syndrome in children. *American Journal of Psychiatry*, *143*(8), 1004-1009.
- Vogeley, K., Bussfeld, P., Newen, A., Herrmann, S., Happe, F., Falkai, P., & Zilles, K. (2001). Mind reading: neural mechanisms of theory of mind and self-perspective. *Neuroimage*, *14*(1), 170-181.
- Wasserman, D. (2015). *Suicide: an unnecessary death*. Oxford University Press.
- Weinberg, I. (2000). The prisoners of despair: right hemisphere deficiency and suicide. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *24*(8), 799-815.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- West, S. G., Finch, J. F., & Curran, P. J. (1995). Structural equation models with nonnormal variables: problems and remedies. In R. H. Hoyle (Eds.), *Structural equation modeling: Concepts, issues and applications* (pp. 56–75). Newbery Park, CA: Sage.
- Wickramasekera, I. (1989). Somatizers, the health care system, and collapsing the psychological distance that the somatizer has to travel for help. *Professional Psychology: Research and Practice*, *20*(2), 105.
- World Health Organization (2014). Preventing suicide: A global imperative. Disponible al sito http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, *6*(4), 201-207.

LISTA TABELLE E FIGURE

Tabella A. Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione

Autori	Anno	Tecnica	Genere	Popolazione	Condizione/Stimolo
<i>Dolore mentale</i>					
Van Heeringer et al.	2010	SPECT	22F/17M	MDD	Low psychological pain
Reisch et al.	2011	fMRI	8F	Attempted suicide	Recall of suicidal episodes vs neutral activity
Meerwijk et al.	2015	EEG	35	DD	Resting-state
<i>Induzione tristezza</i>					
Bruneau et al.	2015	fMRI	14F/4M	Healthy	Short verbal narratives: physically or emotionally painful
Immondino et al.	2013	fMRI	6F/7M	Healthy	Documentary-style narratives: about life circumstances
Cheon et al.	2013	fMRI	12F/15M	Healthy	Cross cultural painful and no pain visual scenes
Bruneau et al.	2011	fMRI	33F/8M	Healthy	Verbal scenarios

Cheon et al.	2011	fMRI	12F/15M	Healthy	Cross cultural painful and no pain visual scenes
Boggio et al.	2009	tDCS	12F/11M	Healthy	Emotionally images
Villemure et al.	2009	fMRI	9F/5M	Healthy	Odor and thermal stimuli
Immondino et al.	2009	fMRI	13	Healthy	Combination of audio, video, images of narratives of real life
Keedwell et al.	2005	fMRI	16F/8M	MDD/Healthy	Happy and sad emotional stimuli
Goldin	2005	fMRI	13F	Healthy	2min of sad, amusing, neutral film clips
Habel et al.	2005	fMRI	26M	Healthy	Sad, happy, gender, discrimination pictures
Wang et al.	2005	fMRI	7F/5M	Healthy	Sad or neutral photos
Aalto et al.	2005	PET	11F	Healthy	Sad, happy and neutral film clips
Ottowitz et al.	2004	PET	8F	Healthy	Reading sad and neutral stories to induce mood change
Eugene	2003	fMRI	20F	Healthy	Sad neutral film clips
Posse et al.	2003	fMRI	4F/2M	Healthy	Sad or neutral faces, photos
Paradiso et al.	2003	PET	8F/9M	Healthy	Visual stimuli

Decety e Chaminade	2003	PET	12M	12M	Happy, sad or neutral Videoclips
Markowitsch et al.	2003	fMRI	7F/6M	Healthy	Recall autobiographic memories
Pelletier et al.	2003	fMRI	4F/5M	Healthy	Recall autobiographic memories
Zubieta et al.	2003	PET	14F	Healthy	Relaxed state
Liotti et al.	2002	PET	25F	MDD / healthy	Resting state
Damasio et al.	2000	PET	14F/11M	Healthy	Recall of emotional vs neutral
Liotti et al.	2000	PET	8F	Healthy	Recall scripts of autobiographical sad or neutral mood
Mayberg et al.	1999	[O]Water/PET/FDG	12F/16M	DD / Healthy	Recall scripts of autobiographical sad or neutral mood
Blair et al.	1999	PET	13M	Healthy	Sad, angry, neutral faces pictures
Beauregard et al.	1998	fMRI	4F/3M	Healthy	Neutral, rest and sad film clips
Lane et al.	1997	PET	12F	Healthy	Happiness, sadness, disgust: films and recall
Gemar et al.	1996	PET	11M	Healthy	Recall sad and neutral memories

George et al.	1996	PET	10F/10M	Healthy	Recall or look sad, happy and neutral stimulus
George et al.	1995	PET	11F	Healthy	Recall or look sad, happy and neutral stimulus
Pardo et al.	1993	PET	3F/4M	Healthy	Relaxed state

Esclusione sociale

Bonenberger et al.	2015	fMRI	31F	Healthy	Electrical stimulation and virtual ball-tossing game
Onoda et al.	2009	fMRI	15F/11M	Healthy	Virtual ball-tossing game
Eisenberger et al.	2003	fMRI	13F	Healthy	Ball throwing game in which subject was excluded

Afflizione (grief)

Kersting et al.	2009	fMRI	24F	Healthy	Viewed pictures of happy and neutral baby or adult faces
O'Connor et al.	2008	fMRI	23F	Healthy	Grief elicitation with idiographic stimuli
Najib et al.	2004	fMRI	9F	Healthy	Recalling sad and neutral thought
Gündel et al.	2003	fMRI	8F	Healthy	Visual and verbal stimulus of deceased vs stranger.

*Altri aspetti
fisiologici*

Meerwijk et al.	2014	ECG	27F/8M	MDD	Resting state
-----------------	------	-----	--------	-----	---------------

Legenda

Tecniche

FDG fluorodeoxyglucose

fMRI functional magnetic resonance imaging

PET positron emission tomography

SPECT single photon emission computed tomography

tDCS transcranial direct current stimulation

Popolazione

DD depressive disorder

MDD major depressive disorder

Genere

La colonna del genere indica sia il numero che il genere dei partecipanti

F femmine

M maschi

Tabella 1. Medie e deviazioni dei fattori dell'OMMP e Alfa di Cronbach

Fattori OMMP	Medie ± DS	Medie ± DS (Orbach et al., 2003b)	Alfa di Cronbach
1	1.89±0.81	2.42±0.67	0.897
2	2.17±0.83	1.89±0.62	0.914
3	1.57±0.68	3.52±0.96	0.813
4	2.40±1.02	2.31±0.76	0.855
5	1.98±0.99	1.68±0.69	0.815
6	1.95±0.82	1.76±0.63	0.653
7	2.04±0.91	2.77±0.79	0.779
8	1.60±0.85	1.37±0.68	0.828
Totale	1.79±0.66		0.970

Note. *p < .05; **p < .01

1 = Irreversibilità; 2 = Perdita di controllo; 3 = Ferite narcisistiche; 4 = Flooding emotivo; 5 = Freezing; 6 = Autoestraniazione; 7 = Confusione; 8 = Vuoto.

Tabella 2. Differenze di genere nei fattori dell'OMMP

Fattori OMMP		Medie \pm DS	t
1	Maschio	1.89 \pm 0.80	-0.46
	Femmine	1.89 \pm 0.81	
2	Maschio	2.09 \pm 0.86	-1.589
	Femmine	2.22 \pm 0.81	
3	Maschio	1.63 \pm 0.71	1.547
	Femmine	1.53 \pm 0.66	
4	Maschio	2.35 \pm 1.05	-0.923
	Femmine	2.44 \pm 1.01	
5	Maschio	2.03 \pm 1.03	0.798
	Femmine	1.95 \pm 0.96	
6	Maschio	1.96 \pm 0.83	0.295
	Femmine	1.94 \pm 0.83	
7	Maschio	2.02 \pm 0.92	-0.361
	Femmine	2.05 \pm 0.89	
8	Maschio	1.60 \pm 0.83	-0.055
	Femmine	1.62 \pm 0.87	

Note. *p < .05; **p < .01

Tabella 3. Differenze dei punteggi nelle dimensioni dell'OMMP in base ai livelli d'età e stato civile

		Età, m±DS		Analisi	Post Hoc		Stato civile		Analisi	Post Hoc
	Giovani	Mezza età	Anziani	F		Nubile	Coniugato	Separati	F	
1	1.91±0.82	1.89±0.80	1.79±0.83	0.17		1.94±0.80	1.81±0.84	1.76±0.63	1.43	
2	2.38±0.88	2.00±0.72	1.70±0.81	15.51**	1>2>3	2.30±0.84	1.91±0.75	1.80±0.61	12.09**	1>2>3
3	1.68±0.73	1.48±0.63	1.35±0.58	5.91*	1>2	1.68±0.72	1.36±0.53	1.24±0.30	12.98**	1>2>3
4	2.67±1.08	2.17±0.90	1.85±0.86	16.56**	1>2>3	2.57±1.05	2.05±0.90	2.10±0.87	12.58**	1>2
5	2.18±1.05	1.82±0.91	1.65±0.91	7.89**	1>2	2.13±1.01	1.73±0.93	1.41±0.54	10.59**	1>2>3
6	2.02±0.89	1.88±0.76	1.80±0.66	1.76		2.02±0.87	1.82±0.71	1.62±0.68	4.33*	
7	2.21±0.94	1.90±0.88	1.65±0.62	8.02**	1>2>3	2.15±0.92	1.79±0.82	1.92±0.92	7.14*	1>2
8	1.72±0.94	1.50±0.74	1.41±0.61	4.04*	1>2	1.71±0.92	1.40±0.65	1.25±0.49	7.62*	1>2

Note. *p < .05; **p < .01

Tabella 4. Differenze rispetto all'istruzione nelle diverse dimensioni dell'OMMP

Fattori OMMP		Medie ± DS	t
1	Inferiore	2.04±.79	1.93*
	Superiore	1.86±.81	
2	Inferiore	2.27±.89	1.26
	Superiore	2.15±.81	
3	Inferiore	1.63±.67	0.93
	Superiore	1.56±.68	
4	Inferiore	2.56±1.05	1.57
	Superiore	2.36±1.02	
5	Inferiore	2.18±1.06	2.12*
	Superiore	1.93±0.97	
6	Inferiore	2.11±0.74	2.12*
	Superiore	1.91±0.85	
7	Inferiore	2.25±0.95	2.14*
	Superiore	1.99±0.89	
8	Inferiore	1.82±0.96	2.66*
	Superiore	1.55±0.82	

Note. *p < .05; **p < .01

Tabella 5. Correlazioni di Pearson tra i fattori dell'OMMP e il distress psicologico secondo l'SQ

Fattori OMMP	PAS	Depressione	Ansia
1	0.734**	0.579**	0.490**
2	0.775**	0.710**	0.640**
3	0.677**	0.617**	0.479**
4	0.732**	0.640**	0.619**
5	0.689**	0.659**	0.557**
6	0.710**	0.583**	0.516**
7	0.714**	0.644**	0.577**
8	0.575**	0.570**	0.463**

Note. *p < .05; **p < .01

Tabella 6. Caratteristiche sociodemografiche dei partecipanti

Caratteristiche	Controllo (n=543)	Ex Alcolisti (n=33)	Tossicodipendenti (n=111)	Pazienti psichiatrici (n=39)	Totale (n=728)
Sesso (% uomini)	43.6%	66.7%	76.8%	38.5%	49.5%
Età (M±DS)	33.53±13.19	54.84±11.25	39.17±11.99	35.81±13.86	35.81±13.86
Titolo di studio (% istruzione inferiore)	19.1%	66.7%	67.9%	38.5%	29.8%
Stato civile					
Celibe Nubile	64%	24.2%	59.8%	62%	62%
Coniugato Convivente	31.3%	48.5%	27.7%	23.1%	31%
Separato Divorziato	3.9%	27.3%	12.5	17.9%	7%
Orientamento sessuale (% eterosessuali)	79.8%	96.9%	91.1%	74.4%	82%
Condizioni lavorative (% lavoro retribuito)	63.6%	45.5%	33%	38.5%	56.7%
Altre condizioni non retribuite					
Casalinga	1.4%	5.9%	1.5%	4%	1.9%
Pensionato	6.8%	58.8%	12.1%	20%	11.7%
Studente	60.9%	0%	4.5%	16%	42.2%
Disoccupato	13%	17.6%	65.2%	20%	24.8%

In cerca prima occupazione	7.2%	0%	1.5%	20%	6.7%
Altre condizioni lavorative	10.6%	17.6%	15.2%	20%	12.7%

Tabella 7. Simmetria e curtosi

Item OMMP	Simmetria	Curtosi
Item 1	0.959	0.062
Item 2	0.687	- 0.294
Item 3	0.621	- 0.557
Item 4	1.332	1.057
Item 5	1.027	0.216
Item 6	0.303	- 0.911
Item 7	1.894	3.641
Item 8	0.353	- 0.906
Item 9	1.819	2.760
Item 10	0.798	- 0.502
Item 11	1.169	0.464
Item 12	1.374	0.949
Item 13	1.359	1.518
Item 14	0.800	- 0.297
Item 15	1.380	1.035
Item 16	2.492	6.625
Item 17	0.310	- 0.956
Item 18	2.087	3.954
Item 19	0.763	- 0.518
Item 20	0.616	- 0.416
Item 21	0.777	- 0.474
Item 22	1.171	0.594
Item 23	2.105	4.155
Item 24	1.465	1.439
Item 26	0.726	-0.533
Item 27	0.756	-0.389

Item 28	1.215	0.818
Item 29	1.756	2.874
Item 30	1.859	2.871
Item 31	0.104	-0.978
Item 32	1.155	0.389
Item 33	0.370	-0.752
Item 34	0.768	-0.405
Item 35	0.550	-0.788
Item 36	0.847	-0.160
Item 38	1.477	1.306
Item 39	2.232	4.618*
Item 41	1.454	1.203
Item 43	1.077	0.707
Item 44	1.722	2.512*

Note. *Simmetria o curtosi ≥ 1.50

Tabella 8. Risultati della analisi fattoriale esplorativa dopo la rotazione Promax (n=544)

Item	Helplessness	Flooding emotivo	Perdita di controllo	Irreversibilità
Non riesco a fare niente	0.768	- 0.026	0.123	- 0.137
Mi sento apatico e inattivo	0.714	0.019	0.055	0.004
Mi sento solo e abbandonato	0.690	0.194	- 0.174	0.082
Nessuno si interessa a me	0.652	0.077	- 0.100	- 0.011
Prima o poi crollerò	0.588	0.094	0.080	0.025
Faccio fatica a pensare	0.502	0.070	0.013	0.144
Questa situazione complessa non cambierà mai	0.500	- 0.243	0.254	0.288
Mi sento emotivamente turbato	0.488	0.417	- 0.014	- 0.091
Mi sento estraneo a me stesso	0.445	0.320	0.056	- 0.041
Mi è impossibile cambiare ciò che mi sta succedendo	0.435	- 0.130	0,129	0.344
Mi sembra di aver perso qualcosa che non troverò mai più	0.398	0.013	- 0.045	0.392
Non riesco a concentrarmi	0.358	0.190	0.282	- 0.055
I miei sentimenti hanno forti alti e bassi	- 0.140	0.780	0.096	0.144
I miei sentimenti cambiano continuamente	- 0.038	0.777	0.052	- 0.008
Sono sopraffatto da molti sentimenti	0.068	0.713	- 0.048	0.069
Mi sento completamente vulnerabile	0.405	0.509	- 0.084	- 0.080
Mi sento confuso	0.222	0.479	0.148	0.050
Non ho alcun controllo su ciò che accade dentro di me	0.192	0.449	0.117	0.126
Non ho il controllo della situazione	0.282	0.383	0.110	0.125
Non so cosa aspettarmi dal futuro	- 0.220	0.075	0.782	0.171
Ho incertezze sulla mia vita e su me stesso	- 0.041	0.258	0.659	0.029

Temo il futuro	0.106	0.046	0.603	-0.018
Non riesco a credere in me stesso	0.377	0.114	0.539	-0.225
Non riesco a trovare un senso nella mia vita	0.429	-0.179	0.436	0.093
Non ho obiettivi per il futuro	0.308	-0.114	0.410	0.046
Mi sento bloccato	0.356	0.137	0.397	-0.032
Nella mia vita, qualcosa si è rovinato per sempre	0.213	0.089	-0.162	0.712
Non sarò mai più la stessa persona	-0.092	0.154	0.049	0.698
Il mondo è cambiato per sempre	-0.081	-0.042	0.082	0.591
Sento di non essere più quello di una volta	-0.075	0.217	0.120	0.450
Autovalori	14.802	1.410	1.222	1.102
Percentuali varianza %	49.34	4.70	4.07	3.67

Tabella 9. Alfa di Cronbach delle singole scale e dell'OMMP_19_ITA totale

		Controllo (n=544)	Patologici (n=184)	Totale (n=728)
	Numero di item			
Helplessness	7	0.878	0.818	0.863
Flooding emotivo	5	0.892	0.805	0.870
Perdita di controllo	3	0.838	0.739	0.809
Irreversibilità	4	0.784	0.764	0.792
OMMP_19_ITA	19	0.941	0.907	0.933

** $p \leq 0.01$

Tabella 10. Validità convergente

	Psychache Scale		
	Controllo	Patologico	Totale
Helplessness	0.771**	0.701**	0.751**
Flooding emotivo	0.747**	0.714**	0.739**
Perdita di controllo	0.624**	0.587**	0.609**
Irreversibilità	0.627**	0.504**	0.605**
OMMP_19_ITA	0.813**	0.773**	0.805**

** $p \leq 0.01$

Tabella 11. Validità discriminante

	Symptom Questionnaire											
	Controllo				Patologici				Totale			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Helplessness	0.586**	0.704**	0.492**	0.486**	0.591**	0.652**	0.445**	0.391**	0.591**	0.693**	0.487**	0.461**
Flooding emotivo	0.650**	0.650**	0.544**	0.555**	0.658**	0.626**	0.477**	0.465**	0.655**	0.648**	0.534**	0.532**
Perdita di controllo	0.604**	0.593**	0.471**	0.470**	0.550**	0.551**	0.385**	0.373**	0.589**	0.580**	0.448**	0.443**
Irreversibilità	0.457**	0.510**	0.389**	0.467**	0.421**	0.448**	0.328**	0.292**	0.452**	0.506**	0.393**	0.413**
OMMP_19_ITA	0.667**	0.722**	0.554**	0.574**	0.680**	0.701**	0.503**	0.466**	0.674**	0.722**	0.551**	0.545**

Note. 1. Ansia; 2. Depressione; 3. Sintomi somatici; 4. Ostilità;

** $p \leq 0.01$

Tabella 13a. Risultati univariati MANOVA

	F	Df	Sig
Gruppo			
Helplessness	8.14	3	0.000**
Flooding emotivo	7.75	3	0.000**
Perdita di controllo	10.46	3	0.000**
Irreversibilità	9.20	3	0.000**
Sesso			
Helplessness	0.18	1	0.669
Flooding emotivo	0.04	1	0.842
Perdita di controllo	0.03	1	0.854
Irreversibilità	0.40	1	0.526
Gruppo*Sesso			
Helplessness	0.790	3	0.501
Flooding emotivo	1.626	3	0.184
Perdita di controllo	3.842	3	0.010*
Irreversibilità	3.414	3	0.018*

Note. *p < .05; **p < .01

Tabella 13b. Confronto delle media tra i gruppi

	Controllo	Ex Alcolisti	Tossicodipendenti	Pazienti psichiatrici	Post Hoc*
Helplessness	11.31±4.97	12.91±5.65	13.49±5.58	17.18±7.23	4>3,2,1
Flooding emotivo	9.49±4.33	11.51±4.93	12.14±5.16	14.76±4.83	4>1; 3>1

Note. (* = $p < .05$)

Figura 1. Modello di analisi fattoriale confermativa OMMP_19_ITA

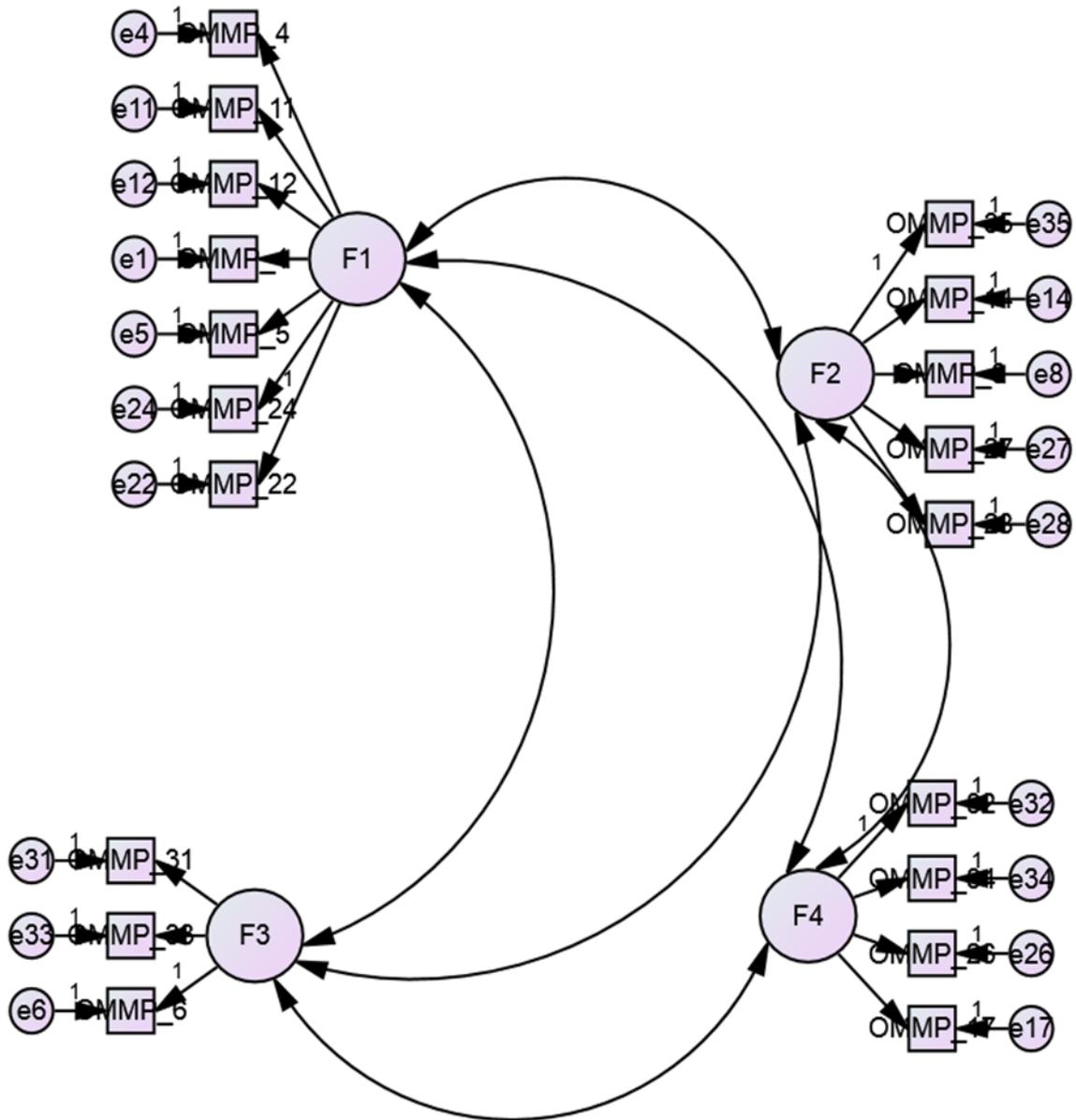


Figura 2. Modello di analisi fattoriale confermativa Portoghese (n=184)

