

Stati d'animo in persone con malattie croniche

Paola Cavallero*, Emilia Martignoni**, Maria Gabriella Ferrari***
Manuela Grassi***, Barbara Bertocci****

Riassunto

Nell'ambito della psicologia della salute è di rilievo la rappresentazione della propria malattia per le persone affette da disturbi invalidanti, cronici che, per effetto di un continuo trauma, comportano una ridefinizione del proprio Sé. Questo trauma nell'esperienza della persona è cumulativo (Khann, 1963) ed anche il tempo cronologico diviene permeato di micro traumi, che sono collegati a perdite che riguardano la propria autostima e la capacità di fronteggiare le difficoltà e la propria identità corporea. Per questi motivi l'indagine ha teso ad esplorare la rappresentazione della malattia degenerativa cronica in persone con malattia di Parkinson ed Artrite Reumatoide, disturbi che investono non solo lo psicofisico, ma anche la realtà psicosociale della persona. La ricerca ha avuto l'obiettivo di conoscere quanto le due malattie si differenziano, pur avendo in comune cronicità, invalidità e degenerazione, ipotizzando che vi siano espressioni linguistiche comuni e tipiche di ciascuna malattia. Con la somministrazione di tre strumenti (M.M.S.E., Beck Depression Inventory, Scala di Hoehn&Yahr e Scala di Hockberg) abbiamo selezionato e caratterizzato i due gruppi di soggetti a cui abbiamo successivamente applicato un Questionario Anamnestico ed un aggregato di 35 parole stimolo, per descrivere il proprio stato d'animo. Dai risultati è emerso che le persone (adulti-anziani), con un'età media di 54 anni, considerano il proprio stato soprattutto in termini negativi.

* Dipartimento di Psicologia Università di Firenze.

** Dipartimento di Medicina Clinica, Università dell'Insubria, Varese e Servizio di Neuroriabilitazione e Disordini del Movimento, IRCCS Fondazione "S. Maugeri", Istituto Scientifico di Tradate (VA).

*** Psicologa.

**** Psicologa Specializzanda Dipartimento di Psicologia, Università di Bologna.

Per quanto riguarda i sintomi il tremore è quello più citato dai parkinsoniani, seguito dalle problematiche motorie, mentre le persone con Artrite puntualizzano soprattutto il dolore e le difficoltà psicologiche. La percezione della malattia è legata all'entità del sintomo e le parole scelte (10 su 35) sono simili per i due gruppi, ma la distribuzione del grado di importanza attribuita è risultata diversa in modo significativo. La conoscenza della diversa distribuzione delle parole permette all'altro di facilitare il rapporto con coloro che sono spesso sopraffatti dal disagio e dalla sofferenza.

Parole chiave: malattia cronica, atteggiamento, self-perception

Abstract (Emotions in two chronic illnesses)

In the area of health psychology, the way in which a disorder is represented is important, especially by people suffering from two incapacitating and chronic disorders, as these lead to self-redefinition because of constant trauma. People experience this suffering as being cumulative (Khann M.M.R.1963) and over time it becomes permeated with micro-traumas that are associated with the loss of self-esteem and the ability to cope with difficulties, and identifying with their own body. For these reasons, the research aimed at exploring the way in which chronic degenerative disorders are represented by people with Parkinson's disease and rheumatoid arthritis: disorders that affect not only psychophysical aspects, but also the person's psychosocial circumstances. The research also aimed at finding out the extent to which the two disorders differ. Although they are both chronic, incapacitating and degenerative, we investigated whether there may be linguistic expressions that are common to, and typical of, the two pathologies that would describe a state of mind and contribute to representing the two chronic, degenerative disorders. We administered three tools (M.M.S.E., Beck. Depression Inventory, Hoehn & Yahr Scale, Hockberg Scale) to select and describe two groups of people to whom we then gave the following tests: an Anamnestic Questionnaire and a list of 35 suggested words to be used to describe their state of mind. The results showed that those (adults-elderly) with an average age of 54 were primarily negative about their condition. In terms of symptoms, trembling is the most frequent in Parkinson's sufferers, followed by impeded movement and, in particular, pain and psychological problems for those with arthritis. The perception of the disorder is linked to the extent of the symptoms and the words chosen (10 out of 35) were similar in both groups, but the distribution of the importance ascribed was significantly different. Knowing about the different distribution of the words also

facilitates the relationship with those who are frequently overwhelmed by discomfort and suffering.

Key words: chronic illness, moods, self-perception.

Résumé (Etats d'âme dans deux maladies chroniques)

Dans le cadre de la psychologie de la santé un rôle important est donné à la représentation de la pathologie, en particulier chez les patients souffrant de deux affections invalidantes et chroniques, qui, en raison du caractère constant du traumatisme, entraînent une redéfinition de Soi. Dans l'expérience personnelle ce traumatisme est cumulatif (Khann M.M.R.1963) et le temps chronologique s'imprègne de microtraumatismes associés à la perte de l'auto estime, de la capacité de faire face aux difficultés et de l'identité corporelle. Pour ces raisons, l'étude explore la représentation de la maladie dégénérative chronique chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et d'Arthrite Rhumatoïde: des troubles qui affectent non seulement la dimension psychophysique, mais aussi la réalité psychosociale de la personne. La recherche vise à explorer la manière dont ces deux pathologies – qui ont des traits communs, comme la chronicité, l'invalidité et le caractère dégénératif – peuvent donner lieu à des expressions linguistiques communes et typiques de deux maladies, en rapport avec le tableau pathologique, permettant d'établir des descriptions de l'état d'âme qui contribuent à une représentation des deux pathologies chroniques dégénératives. Par l'administration de trois protocoles (M.M.S.E., Beck. Depression Inventory Echelle Hoehn &Yahr- Echelle Hockberg) nous avons sélectionné les deux groupes de patients auxquels ont été par la suite administrés les tests suivants: le Questionnaire Anamnestique et une liste de 35 mots les incitant à décrire leur état d'âme. Les résultats ont mis en évidence que les patients (adultes – personnes âgées) dont l'âge moyen était de 54 ans, décrivent leur état surtout en termes négatifs. En ce qui concerne les symptômes, la Trémulation apparaît comme le plus répandu, suivi par l'Empêchement de la capacité motrice et surtout par la Douleur et les Difficultés psychologiques. Pour les personnes souffrant d'Arthrite Rhumatoïde, la perception de la maladie est liée à la gravité du symptôme. Les mots choisis (10 sur 35) sont pareils pour les deux groupes, mais l'attribution de l'importance diffère de manière significative. La connaissance de l'attribution différente contribue à faciliter la relation avec ces patients, souvent accablés par l'angoisse et la souffrance.

Mots-clés: maladie chronique, état d'âme, image de soi.

• Introduzione

Il lavoro si propone di esplorare le diverse modalità di conoscenza, percezione e rappresentazione della malattia, in persone affette da due patologie croniche, Artrite Reumatoide e Parkinson, diverse nell'eziologia e nella sintomatologia, ma simili in quanto croniche ed implicanti limitazioni funzionali, psicologiche e sociali che comportano la necessità di sottoporsi a cure mediche continuative (Van Den Bos, 1995).

Indagare la raffigurazione che l'individuo ha della propria salute e della malattia è molto importante dato che questa fa capire il sistema di riferimento valoriale, cognitivo e pratico che consente di attribuire un senso all'inatteso e serve per classificare circostanze ed avvenimenti anche avversi.

Utilizzare questo concetto ci aiuta a capire come la propria condizione di salute o malattia viene pensata, interpretata e/o vissuta.

Nell'esplorare questo costrutto è necessario aver presente che la salute e la malattia nei sistemi concettuali delle persone non sono né mondi sociali separati, né reciprocamente opposti. Tra benessere e patologia è invece presente un continuum costituito da un intreccio di fattori biologici, psicologici e sociali. La propria rappresentazione di malattia può essere, ad esempio, influenzata da fattori psicosociali che possono esercitare un'influenza non soltanto nella direzione di esagerare l'importanza di una sensazione ma anche nella tendenza a disconoscere un sintomo serio, comportamento che provoca un ritardo nel ricorrere a cure mediche (Solano, 2001). Nella creazione della rappresentazione della malattia, poi, non concorrono solo fattori personali, ma anche sistemi di confronto con altre persone che interagiscono a vari livelli con la persona malata.

Tutti questi aspetti sono ancora più importanti quando ci riferiamo a malattie croniche dato che la cronicità è un aspetto che incide molto sui rapporti sociali e, insieme alla disabilità,

comporta significativi cambiamenti nella persona e nello stile di vita (Maes, Levental, & de Ridder 1996).

È inoltre da tenere presente che tale rappresentazione di malattia, dalla comparsa dei primi sintomi di malessere, tende a modificarsi nel tempo in base a fattori biopsicosociali intervenienti ed al decorso della malattia che spesso tende nel tempo ad aggravarsi incidendo sempre più sulla qualità di vita.

Questa ultima riflessione può comparire nell'analisi della rappresentazione dei soggetti affetti da Artrite o da Parkinson poiché in entrambe le patologie l'inabilità si accentua nel tempo e la terapia farmacologica compensa la sintomatologia in modo meno efficace con il progredire della malattia.

L'Artrite Reumatoide è, infatti, una patologia cronica degenerativa sistemica, infiammatoria a patogenesi autoimmune ed a eziologia multifattoriale (Prete, Briano et. al, 2007), spesso curata con farmaci steroidei, che possono comportare gravi effetti collaterali, ma non impediscono la progressione del danno erosivo (Ferraccioli, 2004).

Anche nella malattia di Parkinson, patologia neurodegenerativa, progressiva, cronica e sistemica la terapia farmacologica non porta ad una stabilità clinica e non modifica positivamente le alterazioni funzionali ed anatomo-patologiche alla base della compromissione funzionale (Lees JA, Hardy J, Revesz T., 2009).

La rappresentazione di malattia può poi diversificarsi in base allo stadio di vita in cui la patologia si manifesta e relativamente al grado di stress percepito dal soggetto.

Da ricerche condotte sia sull'Artrite che sul Parkinson (Prete, Briano, Pizzorni et. al., 2001; Zani, 1995), risulta che lo stress non è solo conseguenza dell'essere ammalati, ma la presenza di eventi di vita stressanti può incidere anche sull'insorgere della patologia.

In situazioni stressanti, infatti, l'individuo cerca delle strategie di risposta, ma se gli sforzi del soggetto falliscono, si genera un trauma che rende l'individuo vulnerabile nei confronti della ma-

lattia psichica, di quella somatica o di entrambe (Galimberti, 1994). Nel tempo il trauma può diventare cumulativo (Khan, 1963), e il vivere due malattie croniche così invalidanti può portare a sperimentare successivi micro traumi legati alla perdita della propria integrità corporea (Garland 2001).

Nell'Artrite Reumatoide non solo l'alterazione di risposta allo stress potrebbe essere un importante fattore patogenetico della malattia, ma la diminuzione nelle capacità di svolgere attività ricreative e relazionali pare aumenti in modo significativo il rischio di sperimentare altri micro traumi.

Nel Parkinson, sono numerose le fonti di stress psicologico e, molte di queste, derivano dalla presenza evidente di sintomi fisici.

In entrambe le patologie, la fatica nell'accettare la problematica in sé da parte del malato, induce a considerare quanto sia rilevante la rappresentazione della propria malattia, che si intreccia con teorie implicite di riferimento e sociali, utili per una consapevolezza di sé.

Altri fattori di stress derivano dai cambiamenti a cui la persona va incontro con conseguenze sulla propria immagine (Leventhal, Diefenbach & Leventhal, 1992) e sull'acuita dipendenza dagli altri.

La rappresentazione del proprio rapporto con l'altro diviene asimmetrica, per cui il malato è impegnato a fronteggiare anche un senso di impotenza. La rappresentazione che ha di sé, che è in continuo movimento, e l'esperienza che fa del trauma in cui si ritrova, impegna l'individuo in una elevata attività mentale, che si fonda sulla capacità di affrontare, contenere e gestire la malattia.

Tutti questi fattori cognitivi ed emotivi si intrecciano e vengono sintetizzati nella rappresentazione di malattia che dà alla patologia un significato esistenziale soggettivo. Capire come la malattia viene rappresentata ci aiuta quindi nella comprensione della persona ammalata (Fasanelli, Galli & Sommel-la 2005) e può costituire un predittore degli stati emotivi e cognitivi che il soggetto sperimenterà nel tempo. La raffigurazio-

ne di malattia, infatti, guiderà le azioni del soggetto per intervenire sulla patologia, sia a livello socio ambientale sia a livello individuale.

A tale proposito, nell'ambito della teoria della cognizione sociale, la teoria della self-regulation (Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Diefanbach & Leventhal 1996; Leventhal, Leventhal & Conrada, 1998), modello del senso comune, spiega come le persone elaborano un insieme di informazioni (Gremigni, 2003) che contribuiscono alla valutazione e alla percezione di malattia.

Questo modello si è, infatti, sviluppato con lo scopo di individuare i fattori coinvolti nell'elaborazione delle informazioni provenienti da varie fonti che riguardano la malattia e nell'integrazione di tali informazioni in una rappresentazione cognitiva ed emotiva (Leventhal, Nerenz, Meyer, 1980). Essa permette di definire un insieme di processi che permettono all'individuo di guidare le proprie attività dirette ad un fine nel tempo e al cambiamento delle circostanze nel contesto (Karoly e coll., 2003).

Questi criteri personali influenzano le risposte emotive alla malattia che, a loro volta, possono influenzare l'accettazione di questa e il suo decorso (Pimm, Weinman, 1998).

• Finalità ed ipotesi

Nel considerare quanto detto sopra, con l'indagine si è teso ad esplorare il rapporto delle persone con due malattie degenerative come il Parkinson ed l'Artrite Reumatoide, che investono non solo lo psico-fisico, ma interferiscono nella componente psico-sociale. Il Parkinson è una patologia caratterizzata da tremore, rigidità, lentezza e sintomi non motori che si esprimono ed evolvono con una variabilità non trascurabile, mentre l'Artrite Reumatoide è una malattia infiammatoria cronica che colpisce in prevalenza le articolazioni ma può coinvolgere anche cuore, reni, polmoni, muscoli e nervi periferici. I sintomi associati al-

l'infiammazione articolare possono essere febbre, astenia, perdita di peso, mialgie ed eruzioni cutanee nonché tumefazione in corrispondenza delle articolazioni. I pazienti lamentano principalmente dolore e rigidità articolare, debolezza e facilità a stancarsi. La limitazione funzionale è un altro segno visibile che peggiora con l'evolversi delle deformazioni articolari.

È, comunque, da considerare che le persone dispongono di risorse cognitive ed emotive che possono emergere proprio nei momenti di difficoltà e che possono aiutare nella ricerca di nuove strategie per fronteggiare le minacce provenienti sia dal proprio sé che dal mondo sociale.

Data la complessità dell'interazione fra disturbo e componenti fisiologiche, neurologiche e psicologiche, abbiamo ritenuto opportuno vedere una vicinanza ed un confronto tra due patologie croniche, entrambe evolutive e disabilitanti. Nella malattia di Parkinson è chiamato in causa il sistema nervoso centrale, mentre per l'Artrite Reumatoide si tratta principalmente di un disturbo psicosomatico. Poiché l'essere malato impegna la persona nel suo aspetto più profondo e la sottopone ad uno stress di notevole intensità, la persona con una malattia subisce continue situazioni di stress cui non sempre riesce adeguatamente a opporsi.

La sofferenza psicologica può manifestarsi diversamente, ad esempio rispetto all'aspetto individuale (paura dell'ignoto, solitudine, depressione, indifferenza) o all'aspetto sociale (ritiro dal gruppo familiare e/o sociale, difficoltà nelle relazioni, emarginazione ecc).

Sulla base di queste riflessioni la ricerca ha anche l'obiettivo di esplorare quanto due malattie degenerative, pur differenziandosi nei loro rispettivi sintomi, possano avere aspetti comuni, come la evolutività, la disabilità e la cronicità.

È, infine, da sottolineare che Parkinson e Artrite Reumatoide hanno un altro punto in comune: entrambe sono espressione di un disturbo del filtro tra stimolo, ambiente e risposta. Il Parkinson è una malattia del filtro mente-cervello, invece l'Artrite reumatoide è una malattia del filtro soma. In questa similarità, s'ipo-

tizza, infine, che vi siano espressioni linguistiche (parole) tipiche per la descrizione dei diversi aspetti delle due malattie, sia riguardo al quadro patologico sia al fattore socio-psicologico. Ciò che interessa è vedere come lo stato d'animo dei soggetti appartenenti alle due patologie viene esplicitato nel momento in cui si chiede di raccontare i sintomi del proprio disturbo e come le parole stimolo possono essere rappresentative riguardo alla propria sofferenza.

Dalla letteratura sappiamo, infatti, quanto le variabili psicologiche e psicopatologiche, soprattutto quelle di tipo emozionale-affettivo, possano assumere un ruolo di particolare rilevanza. Infatti, il paziente con malattia cronica, confrontandosi con differenti stress come quelli connessi alla sintomatologia e ai trattamenti farmacologici, si trova a vivere emozioni e stati d'animo di particolare intensità e spiacevolezza come l'ansia, la rabbia, la depressione (Vadacca, Bruni et al., 2008). La capacità di riconoscere le emozioni, di distinguerle dalle sensazioni corporee e di comunicarle, si traduce in una buona capacità di elaborazione e funzionamento ideoaffettivo che prende il nome di regolazione affettiva.

Per raggiungere questo scopo riteniamo che la possibilità di utilizzare parole stimolo possa aiutare a comprendere la realtà della persona, la sua sofferenza, il dolore ed è significativo utilizzare “una rete di prospettive” (Iser, 1978) per arrivare ad una miglior comprensione di sé.

• Metodologia

Soggetti

I soggetti da noi contattati per la ricerca sono stati 120, ma quelli che in effetti hanno partecipato sono stati 106. I criteri di inclusione sono stati assenza di deficit cognitivi e stati depressivi, verificati attraverso l'applicazione di scale di valutazione specifi-

ca (vedi sezione **Strumenti**) per poter fornire la collaborazione richiesta dalla ricerca.

Sono state incluse 56 persone con malattia di Parkinson e 50 con Artrite Reumatoide. I due gruppi erano omogenei per cronicità, evoluzione e disabilità. L'età dei soggetti con Parkinson, 35 maschi e 21 femmine, variava da un minimo di 50 a un massimo di 84 anni (media 69 ± 7 anni). Il 71,4% dei soggetti aveva tra i 5 ed 8 anni di scolarità, mentre il 28,6% aveva più di 8 anni di scolarità.

La durata della malattia andava da un minimo di 2 anni ad un massimo di 33, con una media di $11,5 \pm 6$ anni.

Le 50 persone affette da Artrite Reumatoide, 11 maschi e 39 femmine, avevano un'età compresa tra 44 e 78 anni (media $59,1 \pm 7,5$ anni). L'84% dei soggetti aveva una scolarità inferiore agli 8 anni ed il 16% un livello di studi superiore agli 8 anni. La tabella 1 riporta i sintomi riferiti dalle persone al momento dello studio. Le fluttuazioni delle prestazioni motorie, caratteristiche del disturbo parkinsoniano avanzato, nella gran parte dei casi non interferivano significativamente con la quotidianità.

Le persone con Parkinson si sono incontrate al poliambulatorio Monte Rosa dell'Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese, invece quelle con Artrite Reumatoide, presso l'ambulatorio del reparto di Medicina generale Ospedale Civile di Prato a seguito di una collaborazione con i medici delle rispettive strutture di riferimento.

Tab. n.1: Frequenza percentualizzata dei “sintomi attuali” delle persone affette dalle due malattie

Sintomi Attuali	Parkinson		Artrite	
	f	%	f	%
Tremore	24	42,9		
Rigidità	20	35,7		
Lentezza	13	23,2		
Difficoltà. Scrittura	9	16,1		
Difficoltà. Parola	8	14,3		
Movimenti involontari	8	14,3		
Stanchezza	7	12,5		
Rigidità articolare			27	54,0
Gonfiore articolare			20	40,0
Crampi			8	16,0
Debolezza			5	10,0
Deformazione			4	8,0
Febbre			3	6,0
Bruciore articolare			2	4,0
	f	f%		
Fluttuazioni				
Assenza	21	37,5		
Presenza	35	62,5		
Tot.	56	100		

Ogni soggetto della ricerca ha fornito un consenso informato scritto.

Strumenti

Per la formazione del campione abbiamo arruolato persone con punteggio non inferiore a 24 alla scala Mini Mental State Examination (MMSE) e con punteggio non superiore a 15 alla Scala di Depressione - Beck Depression Inventory.

Il test Mini Mental State Examination (M.M.S.E.) (Folstein et al. 1975) è suddiviso in due sezioni : verbale e di performance. È costituito da quattro sub-test verbali, che riportano un punteggio massimo di 21 e valutano l'orientamento nel tempo, la memoria e l'attenzione e da due sub-test di performance con punteggio massimo di 9, formati da prova di linguaggio, di scrit-

tura e di disegno. Lo strumento ha un punteggio che varia da un minimo di 0 (massimo deficit cognitivo) ad un massimo di 30 (nessun deficit cognitivo); il punteggio di 24 è il risultato che discrimina una prestazione normale da una patologica. La somministrazione richiede un tempo di circa 15 minuti

La Scala di Depressione - Beck Depression Inventory (BDI) (Beck et al., 1961) valuta il tono dell'umore e il grado di depressione. È composta da 21 items su scala tipo Likert da 0 (basso) a 3 (alto) ed il punteggio totale ha un delta da da 0 a 63. Secondo le norme dello strumento è possibile individuare un continuum di gravità della patologia in relazione al punteggio: assenza di disturbo (0 -9), sintomatologia lieve (10-15), condizione di depressione moderata (16-29) e depressione grave (30 - 63). Abbiamo scelto questo strumento non solo per la sua diffusione e per la semplicità del calcolo dei punteggi (non è necessaria la standardizzazione dei valori grezzi) ma anche perché, chiedendo di fare riferimento a come il paziente si è sentito nell'ultima settimana, il BDI risulta particolarmente utile nel monitoraggio delle variazioni dell'intensità della depressione nel tempo.

2. Per la ricerca abbiamo utilizzato i seguenti strumenti.

Un Questionario Anamnestico, appositamente costruito (Cavallero et alii), per l'esplorazione della rappresentazione soggettiva della malattia ed informazioni rispetto alla patologia, alla percezione del proprio stato di salute definibile in positivo, negativo e neutro, allo stato sintomatologico e psicofisico. Il questionario comprende le scale di gravità delle malattie specifiche:

a. 1. Scala di Hoehn & Yahr (Hoehn, Yahr, 1967), per la malattia di Parkinson. Lo strumento è strutturato su una scala a 5 stadi (0 nessun segno di malattia, 1 malattia unilaterale, 2 coinvolgimento unilaterale più assiale, 3 malattia bilaterale da lieve a moderata con presenza di instabilità posturale, ma con conservata indipendenza fisica, 4 grave disabilità, ancora in grado di camminare o sedersi senza assistenza, 5 costretto alla sedia a rotelle o a letto se non aiutato).

a. 2. Scala di di Hochberg (2000) per l'Artrite Reumatoide, che valuta il livello di gravità in 4 stadi di malattia: I) pienamente capace di compiere ogni attività quotidiana; II) capace di compiere tutte le azioni relative alla cura della propria persona e di svolgere attività lavorative ma limitato nello svolgimento di quelle non-lavorative; III) in grado di compiere tutte le azioni che riguardano la cura della propria persona ma limitato nelle attività lavorative e in quelle non-lavorative; IV) incapace di compiere ogni attività che riguarda la cura di sé.

b. Il rapporto con le due malattie è stato esplorato mediante un aggregato di 35 parole stimolo.

È stato chiesto di descrivere il proprio stato d'animo e ordinare le parole della lista da quella considerata più importante (1) a quella la meno importante (10). Le parole sono state appositamente scelte sia a seguito della conoscenza della letteratura specifica sia dell'esperienza clinica.

Partendo da una lista di 100 parole, ne abbiamo ottenute 35, che avevano superato una soglia di scelta del 50% da parte di un gruppo randomizzato di 30 soggetti, di cui 15 sofferenti di Artrite e l'altra metà di Parkinson. La logica sottostante è semplice cioè che nella rappresentazione di una persona vi è una associazione tra un concetto ed un attributo, ritenendo che questa modalità sia la forma più semplice per far descrivere se stessi. Riporiamo nella tabella sottostante le 35 parole presentate ai due gruppi di soggetti in ordine casuale.

Tab. n. 2: Lista di Parole stimolo (n. 35)

Abbandono, Accettazione, Afflizione, Aiuto, Allontanamento, Amarezza, Ansia, Attività, Calma, Colpa, Difficoltà, Dolore, Eccitazione, Instabilità, Interiorità, Irritazione, Isolamento, Malinconia, Noia, Panico, Passività, Paura, Rabbia, Rassegnazione, Rifiuto, Scoraggiamento, Serenità, Solitudine, Sorpresa

La somministrazione del materiale è avvenuta in due tempi diversi: uno relativo alla costituzione del campione: somministrazione, correzione ed analisi di selezione. L'altro tempo quello della somministrazione degli strumenti per realizzare la ricerca

Elaborazione dati

Per quanto riguarda gli strumenti Mini Mental State Examination (MMSE) e la Scala di Depressione Bek Depression Inventory, dopo la correzione effettuata secondo i criteri degli Autori, abbiamo escluso i soggetti che risultavano essere fuori dai criteri normativi (18 su 120).

Per il calcolo dei punteggi delle scale di Hoehn & Yah e di Hochberg la correzione è stata effettuata secondo i criteri dei rispettivi Autori.

Per ciò che riguarda l'analisi delle parole riguardanti il modo di rappresentare la malattia, in una prima fase si sono svolte analisi a livello descrittivo da un punto di vista lessicale e di contenuto riguardo all'uso più frequente delle singole parole "stimolo" (35 termini descrittivi di "stati d'animo"). Si sono quindi calcolate le frequenze di scelte totali di ogni termine, per evidenziare il numero delle volte che un termine è stato scelto, di queste sono poi state calcolate le percentuali sul totale delle parole utilizzate. La procedura si è svolta separatamente per i due gruppi: per il Parkinson sono state utilizzate 466 parole, per l'Artrite reumatoide 489 parole.

Questa differenza deriva dal fatto che i due campioni hanno un numero diverso di soggetti (Parkinson: $n= 56$, Artrite Reumatoide $n= 50$), e che non tutti hanno messo in graduatoria 10 termini, alcuni hanno espresso solo alcuni gradi, evidenziando così l'importanza attribuita ad alcuni termini in particolare.

Successivamente le 10 parole scelte dai soggetti dei due gruppi sono state ordinate secondo la frequenza di comparsa ed è stato effettuato il confronto sull'uso delle parole nei due gruppi di

soggetti delle due diverse patologie con test non parametrico di Mann-Whitney per due campioni indipendenti.

L'analisi effettuata successivamente ha preso spunto dalla teoria dell'evocazione gerarchizzata di Pierre Vergès (1992), utilizzata in diverse ricerche nell'ambito dello studio delle rappresentazioni sociali (Fasanelli, Galli, & Sommella, 2005). Questo metodo prevede l'individuazione di due ambiti distinti ma complementari per l'analisi delle rappresentazioni sociali: a – l'informazione, cioè la quantità e la qualità delle conoscenze possedute su un oggetto sociale; b – il campo della rappresentazione, cioè l'organizzazione del contenuto che presuppone un minimo di informazione. All'interno di questo livello vengono poi organizzate le altre informazioni, creando così l'unità gerarchica di elementi della rappresentazione relativa all'oggetto sociale. Si viene così ad individuare la struttura della rappresentazione (campo della rappresentazione) che emerge dalle risposte valutando la posizione gerarchica delle parole scelta da 1 (più importante) a 10 (meno importante).

Le informazioni ottenute dai due ambiti di analisi sono poi state integrate per ottenere una tabella con quattro quadranti ognuno dei quali rappresenta un'area della rappresentazione:

Nella I area si collocano gli elementi più frequenti e più importanti, quelli cioè relativi al nucleo centrale della rappresentazione del proprio stato d'animo. Si ha un'alta frequenza di apparizione ed un alto rango medio d'apparizione.

Nella II area si trovano elementi periferici più importanti (prima periferia) caratterizzati da alta salienza (frequenza alta) ma bassa significatività in termini di importanza (Rango debole).

Nella III area si rintracciano termini enunciati poche volte (frequenza debole) ma considerati estremamente importanti (rango alto). Si tratta spesso di elementi complementari alla seconda area e capaci di rivelare l'esistenza di sottogruppi portatori di rappresentazioni sociali (elementi di contrasto) (Bassa frequenza e bassa posizione nell'ordine di apparizione).

Nella IV area si pongono elementi poco presenti e poco im-

portanti nel campo delle rappresentazioni indagate (Fasanelli, Galli, Sommella, 2005).

• Risultati e commento

1 – Per perseguire l'obiettivo di conoscere come, in relazione alla gravità, la rappresentazione delle due malattie croniche si differenzia nei sintomi e nei livelli di malattia, sono stati considerati i dati relativi alla malattia ritenuti influenti nella vita quotidiana e di relazione.

Partendo dalle scale di disabilità delle due malattie considerate abbiamo effettuato un raggruppamento più sintetico (Tab.n3) identificando tre livelli di disabilità sulla base delle limitazioni nella vita quotidiana. Nel primo livello (Nessuna disabilità) troviamo i soggetti in stadio 1 della Scala di Hoehn &Yahr per PD (2 soggetti) e grado1 della Hochberg per RA (N:12). Nel II livello, (Media disabilità,) vengono inclusi i soggetti che avvertono i primi segni di limitazione da parte delle malattie nella quotidianità, mostrando una instabilità che porta alla richiesta di aiuto nello svolgimento di alcune attività. In questo livello si racchiudono gli stadi 2 e 3 di H&Y per il Parkinson (N:46 soggetti) e 2 e 3 di Hochberg per l'Artrite (N:34 soggetti). Nel livello III, (Grave disabilità) troviamo i soggetti con stadio 4 delle rispettive scale (N 4 PD e N. 8 R.A).

Considerando i 56 soggetti parkinsoniani, 20 non riportano alcuna disabilità (14 maschi e 6 femmine), 28 (15 maschi e 13 femmine) riferiscono una media disabilità, e 8 (6 maschi e 2 femmine) riferiscono una disabilità grave. Per quanto riguarda i 50 soggetti artritici, 12 (6 maschi e 6 femmine) non riferiscono nessuna disabilità, 25 (5 maschi e 20 femmine) riportano una media disabilità, 13 (tutte femmine) lamentano gravi impedimenti per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (Tab. n.3).

Tab. n. 3 - Valori dei livelli di disabilità dei soggetti

		Artrite	Parkinson	Totale
Nessuna disabilità	F	12	20	14
	24%	35,7%	13,2%	
Media disabilità	F	25	28	80
	50%	50%	75,5%	
Grave disabilità	F	13	8	12
	26%	14,3%	11,3%	
Tot.	F	50	56	106
	100%	100%	100%	

Per conoscere lo stato d'animo dei soggetti è stata effettuata l'analisi delle parole, svolta prima ad un livello quantitativo e poi ad uno qualitativo.

Per il primo livello di analisi si sono calcolate le frequenze di scelte totali di ogni termine, per evidenziare il numero delle volte che un termine è stato scelto e quindi sono state calcolate le percentuali sul totale delle parole utilizzate.

Osservando le scelte delle parole effettuate da tutto il campione (su un'opzione di 466 parole per i parkinsoniani e di 489 per gli artritici), indipendentemente dall'ordine di scelta, rispetto allo stato d'animo dei pazienti, abbiamo che nel complesso sono state scelte tutte e 35 le parole presentate a conferma della valida scelta; tutte queste in quantità diversa sono state uno stimolo per descriversi. Le tre parole "stanchezza, difficoltà, ansia" sono quelle con la frequenza più alta per i soggetti Parkinson (6,7%, 6,00% 6,00%), ciò sta ad indicare che una stanchezza, sia fisica che psichica può essere messa in relazione con le oggettive difficoltà e con l'ansia che la sintomatologia suscita.

Le altre quattro parole in ordine di quantità di scelte ricevute sono "accettazione, rassegnazione, malinconia e speranza"(5,2%, 4,5% 4,3% 4,3%) che indicano una accettazione di sé, unita alla rassegnazione ed alla malinconia. In questo quadro non manca comunque la speranza.

Un successivo gruppo è espresso a pari scelta "amarezza, instabilità, rabbia, dolore" che sono parole che connotano maggiormente uno stato d'animo inquieto (4,1%, 4,1%, 4,1%, 4,1%).

I soggetti con Artrite reumatoide scelgono anche loro tutte le parole almeno una volta, ma si concentrano soprattutto su due con scelte elevate come “il dolore e la difficoltà” (7,8%, 7,6%) evidenziando uno stato di alta sofferenza, seguono “speranza, stanchezza, accettazione, rabbia, ansia” sempre con un’alta scelta da parte dei soggetti (5,5%,5,3%,4,9%,4,9%), seguono di poco, malinconia, paura, rassegnazione, amarezza” (Tab. n. 4).

Tab. n. 4 Frequenza percentualizzata delle parole scelte dalle persone affette dalle due malattie

PAROLE SCELTE (Parkinson)	F	%	F	%	PAROLE SCELTE (Artrite Reumatoide)
Stanchezza	31	6,7	38	7,8	Dolore
Difficoltà	28	6,0	37	7,6	Difficoltà
Ansia	28	6,0	29	5,9	Speranza
Accettazione	24	5,2	27	5,5	Stanchezza
Rassegnazione	21	4,5	26	5,3	Accettazione
Malinconia	20	4,3	24	4,9	Ansia
Speranza	20	4,3	24	4,9	Rabbia
Amarezza	19	4,1	22	4,5	Rassegnazione
Instabilità	19	4,1	22	4,5	Malinconia
Rabbia	19	4,1	22	4,5	Paura
Dolore	19	4,1	21	4,3	Amarezza
Aiuto SOC	18	3,9	18	3,7	Tristezza
Paura	18	3,9	15	3,1	Aiuto SOC
Scoraggiamento	16	3,4	14	2,9	Instabilità
Tristezza	15	3,2	14	2,9	Scoraggiamento
Attività COMP	14	3,0	11	2,2	Attività COMP
Tranquillità	12	2,6	11	2,2	Tranquillità
Calma	12	2,6	11	2,2	Calma
Spiritualità	11	2,4	11	2,2	Irritazione
Serenità	11	2,4	10	2,0	Spiritualità
Rifiuto	10	2,1	10	2,0	Serenità
Solitudine	9	1,9	9	1,8	Solitudine
Irritazione	9	1,9	9	1,8	Noia
Isolamento	8	1,7	8	1,6	Afflizione
Interiorità	7	1,5	7	1,4	Passività
Panico	7	1,5	6	1,2	Spavento
Spavento	7	1,5	5	1,0	Panico
Abbandono	6	1,3	5	1,0	Allontanamento
Noia	6	1,3	4	0,8	Rifiuto
Sorpresa	6	1,3	4	0,8	Isolamento

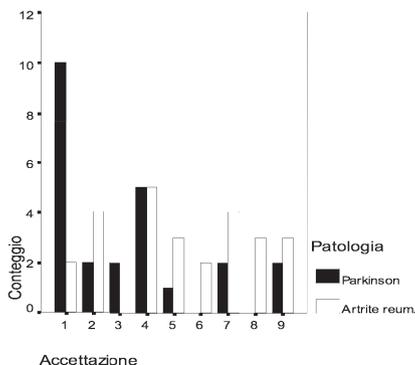
Colpa	5	1,1	4	0,8	Colpa
Passività	4	0,9	3	0,6	Interiorità
Eccitazione	3	0,6	3	0,6	Sorpresa
Allontanamento	2	0,4	3	0,6	Eccitazione
Afflizione	2	0,4	2	0,4	Abbandono
Totale	466	100	489	100	Totale

Successivamente l'analisi è proseguita confrontando per ogni termine proposto, le distribuzioni delle posizioni di graduatoria assegnate dai due gruppi per individuare come i due gruppi di soggetti indicavano il grado di importanza di ogni parola per la rappresentazione del proprio stato d'animo, queste distribuzioni sono state confrontate con il test non parametrico per campioni indipendenti di Mann Whitney.

Per la maggioranza delle parole si è trovata una distribuzione simile nei due gruppi, dato confermato dal test statistico che non ha evidenziato differenze significative, mentre in cinque parole: Accettazione ($z=-2,79$; $p = ,005$), Tranquillità ($z=-2,637$; $p = ,008$), Rabbia ($z=-2,025$; $p = ,043$), Scoraggiamento ($z=-2,131$; $p = ,034$) e Dolore ($z=-2,769$; $p = ,006$), la distribuzione del grado di importanza attribuita, è risultata diversa in modo significativo, come evidenziato dai grafici seguenti.

La parola Accettazione è utilizzata da 24 parkinsoniani prevalentemente nelle prime posizioni mentre i soggetti artritici la usano di più nelle posizioni intermedie ed ultime ($z= -2,795$; $p = ,005$)

Graf. 1: Indice di frequenze nella distribuzione delle due patologie relative alla parola “Accettazione”

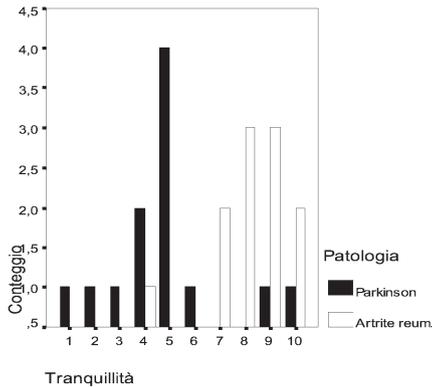


La parola Accettazione significa che la malattia può essere parte integrante della vita di queste persone e forse essere anche attive ed in grado di assumersi la responsabilità di questo disturbo. È assai difficile accettare una malattia cronica, perché la persona ha bisogno di trovare un equilibrio tra la propria vita quotidiana ed esser in grado di inglobarla nella propria vita di ogni giorno, per cui la possiamo considerare contemporaneamente sia una manifestazione cognitiva, sia emotiva. Una accettazione cognitiva può essere una prima fase di tale percorso e invece un'accettazione emotiva è un passo successivo per una capacità più profonda per far sì che la malattia faccia interamante parte della propria vita. Tale capacità risulta essere espressa soprattutto dai parkinsoniani che la pongono al primo posto

Inoltre, il termine Tranquillità è stato scelto da 12 soggetti parkinsoniani che la collocano prevalentemente nelle prime posizioni di graduatoria, ma in particolare al quinto posto, mentre gli ammalati di Artrite la posizionano prevalentemente agli ultimi posti ($z = -2,795$ $p = ,008$)

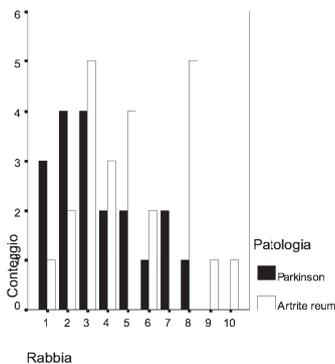
La presenza di questa parola tra le prime, nei soggetti con Parkinson, ci può far pensare che, nonostante la gravità della malattia, i soggetti siano comunque in una dimensione di convivenza con la malattia (Graf.n.2).

Graf. 2: Indice di frequenze nella distribuzione delle due patologie relative alla parola “tranquillità”



La Rabbia è un’emozione fra le più precoci nella vita della persona, viene usata da 19 parkinsoniani di cui alcuni la collocano ai primi posti di importanza, ma viene usata prevalentemente dai malati di Artrite, infatti 24 di loro la usano collocandola tra i primi ed i posti intermedi. ($z=-2,025$; $p < ,05$) (Graf. n.3).

Graf. 3: Indice di frequenze nella distribuzione delle due patologie relative alla parola “Rabbia”



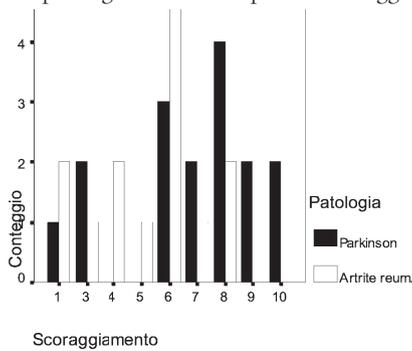
La rabbia è un'emozione forte che esprime un bisogno vitale di affermazione di sé, ma è anche la tipica reazione alla frustrazione, quando ci troviamo in una o più costrizioni sia fisiche che psicologiche. Infatti le persone con Artrite hanno sintomi che spingono ad una reazione anche non controllabile. Invece nelle persone con Parkinson, come sostiene anche Izard (1977), è facile che l'organismo si blocchi nel raggiungimento e soddisfazione di un bisogno, per cui vi è facile espressione di rabbia anche perché questa ha una forte funzione adattiva, oltre la quale la sua manifestazione può minacciare la salute fisica della persona (Gremigni, & Ricci Bitti, 2000).

La si può anche vedere come una manifestazione che segnala una forte intenzione di attaccare ed aggredire la malattia di cui uno è portatore e questo né può essere distrutto oppure se la sa ben elaborare si può trasformare in energia vitale che permette di fronteggiare la malattia

Il vocabolo Scoraggiamento viene usato da 16 parkinsoniani che la collocano prevalentemente agli ultimi posti di graduatoria, mentre 14 artritici la situano tra i primi posti della graduatoria, in particolare a livello intermedio ($z=-2,131$; $p < ,05$). (Graf. n. 4).

Questo stato d'animo in cui tutto pare inutile e senza speranza è un modalità che segnala le difficoltà che sembrano tanto elevate e grandi da non poter essere superate. Certamente questa parola ci fa comprendere la pesantezza delle malattie croniche. Ciò che può produrre questo stato d'animo è la difficoltà ad agire o meglio a reagire agli ostacoli che si possono incontrare (Verbrugge, & Patrick, 1995).

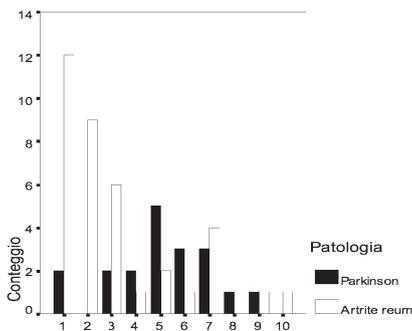
Graf. 4: Indice di frequenze nella distribuzione delle due patologie relative alla parola “Scoraggiamento”



Infine un'ulteriore differenza significativa la troviamo per il termine Dolore, che viene usato da 19 Parkinsoniani che lo collocano su quasi tutta la gamma, mentre 38 artritici lo usano su tutta la gamma, ma prevalentemente lo collocano tra i primi posti ($z=-2,769$; $p = ,006$).

Nella malattia cronica chi vive il dolore lo avverte come incomprensibile ed inaccettabile. Il dolore in queste due patologie è elevato nella sua componente sensoriale, ma diviene anche rilevante la componente affettiva e valutativa (Melzack, 1975) (Graf. n. 5)

Graf. 5: Indice di frequenze nella distribuzione delle due patologie relative alla parola “Dolore”



Tab. n. 5: Struttura interna della rappresentazione attraverso la collocazione delle parole (rappresentanti gli stati d'animo) all'interno delle 4 aree

		Rango di importanza	
		Forte ($\leq 5,10$)	Debole ($> 5,10$)
Frequenza di apparizione		I area (1-Posizione Più Importante) (Tot. 8 parole)	II area (2-Posizione. Meno importante) (Tot. 7 parole)
		Difficoltà	Dolore
		Stanchezza	Speranza
	Alta	Accettazione	Rassegnazione
	frequenza di	Rabbia	Amarezza
	scelta	Ansia	Tristezza
	(≥ 15)	Malinconia	Instabilità
		Paura	Scoraggiamento
		Aiuto	
		III area (3) (Tot. 5 parole)	IV area (4) (Tot. 9 parole)
		Tranquillità	Calma
	Bassa	Irritazione	Attività
	frequenza di	Spiritualità	Serenità
	scelta	(*) Interiorità	Noia
	(< 15)	(*) Abbandono	Solitudine
			Spavento
		Panico	
		(*) Isolamento	
		(*) Rifiuto	

(*) Solo nel Parkinson

Tab. n.6: Struttura interna della rappresentazione attraverso la collocazione delle parole (rappresentanti gli stati d'animo) all'interno delle 4 aree per le persone con Artrite Reumatoide.

QUADRANTE D'APPARTENENZA - ARTRITE REUMATOIDE

		Rango di importanza	
		Forte ($\leq 5,50$)	Debole ($> 5,10$)
Frequenza di apparizione		I area (1) (Tot. 11 parole)	II area (2) (Tot. 2 parole)
	Alta frequenza di scelta (≥ 14)	Dolore Difficoltà Speranza Stanchezza Accettazione Rabbia Ansia Rassegnazione Paura Amarezza Aiuto	Malinconia Tristezza
		III area (3) (Tot. 3 parole)	IV area (4) (Tot. 12 parole)
Bassa frequenza di scelta (< 14)	Scoraggiamento Spiritualità (+) Allontanamento	Instabilità Tranquillità Calma Attività Irritazione Serenità Noia Solitudine (+) Afflizione (+) Passività Spavento Panico	

(+) solo nell'Artrite

Bibliografia

- Abric J.C., "L'analyse structural des representations sociales", in S. Moscovici, F. Buschini (eds), *Les méthodes de sciences humaines*, PUF, Paris 2003, 375-392.
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.A. (1961), "Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation", *Clinical Psychology Review*, vol. 8, 1, 1988, 77-100.
- Daaeman T.P., Cobb A.K., Frey B.B., "Spirituality and well-being: an exploratory study of the patient perspective", *Social Science and Medicine*, Volume 53, n.11, 9, December 2001, 1503-1511.
- De Gucht V., Heiser W., "Alexithymia and somatisation: quantitative review of the literature", *J Psychosom Res*, 2003, n.54, 425-34.
- Diefanbach M.A. & Leventhal H., "The common-sens model of illness representation: theoretical and practical considerations", *Journal of Social Distress and the Homeless*, 1996, n.5, 11-38.
- Fasanelli R., Galli I., Sommella D., *Professione caregiver*, Ed. Liguori, Napoli 2005.
- Ferraccioli G., "Attualità e prospettive nella strategia terapeutica dell'artrite reumatoide", *Reumatismo*, 2004, 56-n.1 (supplemento), 46-50.
- Folstein M.F.F., Folstein S.E., McHugh P.R., "Mini-mental state: a practical method For grading the cognitive state for the clinical", *Journal of Psychiatric Research*, 1975, n.12, 189-198.
- Galimberti C. (a cura di), "Dalla comunicazione alla conservazione. Percorsi di studio dell'interazione comunicativa", *Ricerche di Psicologia*, 1994, Fascicolo 1.
- Garland I.C., *Comprendere il trauma*, Mondadori, Milano 2001.
- Gremigni P., "Il modello della self-regulation: il ruolo delle rappresentazioni cognitive ed emotive della malattia", *Psicologia della salute*, 2003, n.2, 9-20.
- Gremigni P. & Ricci Bitti E., "Emozioni e salute cardiovascolare: rabbia e ostilità", *Psicologia della salute*, 2000, n.3, 49-56.
- Hochberg M.C., Vignon E., Maheu E., "Session 2: clinical aspects. Clinical assessment of hand OA", *Osteoarthritis Cartilage*, 2000, n.8, Suppl A:S, 38-40.
- Hoehn M., Yahr M., Parkinsonism: onset, progression and mortality, *Neurology*, 1967, n.17, 5, 427-42.

- Iser W., *The Act of Reading. A Theory of Aesthetic Response*, Johns Hopkins, University Press, Baltimore Md. 1978; ed. ingl. a cura dell'autore (trad. it. *L'atto della lettura. Una teoria della risposta Human Emotionestetica*, Il Mulino, Bologna 1987).
- Izard C.E., *Human Emotion*, Plenum Press, New York 1977.
- Lau R.R., Hartman K.A., Common sense of representations of common illness, *Health Psychology*, 1983, n.2, 167-185.
- Lees J.A., Hardy J., Revesz T., Parkinson's disease, *Lancet*, 2009, n.373, 2055-66.
- Leventhal H., Meyer D., Nerenz D., The common sense model of illness danger in Rachman S. (ed), *Medical Psychology*, Pergamon Press, Nherence New York 1980, n.2, 7-30.
- Leventhal H., Diefenbach M., Leventhal E.A., Illness cognition: Using common sense to understand treatment ad e and affect cognition interactions, *Cognitive Therapy and Research*, 1992, n.16, 143-163.
- Leventhal H., Leventhal E., Conrada R.J., Self-regulation, health and behavior: A perceptual cognitive approach, *Psychology and Health*, 1998, n.13, 717-734.
- Khan M.M.R. (1963), The concept of cumulative trauma, in Id., *The Privacy of the Self*, Hogarth Press, London 1974., 42-58 (rist. Maresfield Library, Karnac, London 1966), tr. it. *Il concetto di trauma cumulativo*, in Id., *Lo spazio privato del Sè*, Bollati Boringhieri, Torino 1979.
- Karoly P., Boekaerts M., & Maes, S., Toward consensus in the psychology of self-regulation: how far have we come? How far do we have yet to travel? *Applied psychology: An international Reviews*, 2003, n.54, 300-311.
- Katz P.P., The impact of rheumatoid arthritis on life activities, *Arthritis Care Research*, 1995, n.8, 272-278.
- Maes S., Leventhal H., De Ridder D.T.D., Coping with chronic diseases, in M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications*, John Wiley & Sons Inc., New York 1996.
- Melzack R., *The Puzzle of Pain*, Penguin 1975, Harmondsworth (tr. it. *L'enigma del dolore*, Zanichelli, Bologna 1976).
- Moscovici S., The phenomenon of social representation, in R.M. Farre, S. Moscovici (a cura di), *Social representations*, Cambridge University Press, Cambridge 1984 (tr. it. *Rappresentazioni sociali*, Il Mulino, Bologna 1989).

- Petrillo G., *Psicologia Sociale della Salute*, Liguori Editore, Napoli 1996.
- Pimm T.J., Weinman J., Applying Leventhal's Self Regulation Model to Adaptation and Intervention in Rheumatic Disease, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1998, n.5, 62-75.
- Prete C., Briano F., Pizzorni A., Sulli A., Marcenaro M., Tutolo M., Stress e personalità in pazienti affetti da artrite reumatoide, *Reumatismo*, 2001, n.53, 3, 204-209.
- Ricci Bitti P.E., Caterina R., Motivazione ed emozione, in S. Sirigatti (a cura di), *Manuale di Psicologia Generale*, Utet, Torino 1995.
- Ricci Bitti P.E., Candini L., Carlini M., Melani P., Razzaboni E., Consorzio Edupark (a cura di), *Intervento psicoeducativo nella malattia di Parkinson*, Edizioni Erikson, Trento 2006.
- Rimé B., Le portage social des émotions, in B. Rimé, K.R. Scherer, *Les émotions*, Delachaux et Niestlé, Neuchâtel 1989.
- Solano L., *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*, Raffaello Cortina, Roma 2001.
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A., The Alexithymia construct: a potential paradigm for psychosomatic medicine, *Psychosomatics*, 1991, n.32, 153-164.
- Todesco S., Gambari P. (a cura di), *Malattie reumatiche*, Mc Graw-Hill, Milano 2003.
- Van Den Bos G.A.M., The burden of chronic disease in term of disability use of health care and healthy life expectancy, *European Journal of Public Health*, 1995.
- Van Middendorp R.G., Sorbi M.J., Van Doormen L.J.P., Bijlsma J.W.J., Emotion regulation predicts change f perceived health in patients with rheumatoid arthritis, *Annals of Rehumatic Disease*, 2005, n.64, 1071-1074.
- Verbrugge L.M., Patrick D.L., Seven chronic conditions: their impact on US adults' activity levels and use of medical services, *American Journal Public Health*, 1995, n.85, 2, 173-182.
- Vergès P., L'évocation de l'argent. Une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation, *Bulletin de psychologie*, 1982, XLV, 405, 203-209.
- Zani B. (a cura di), *Le dimensioni della psicologia sociale*, N.I.S., Roma 1995.
- Zani B., Cicognani E., *Psicologia Sociale della Salute*, Il Mulino, Bologna 2000.

