

# Alessitimia, personalità e outcome: uno studio naturalistico in pazienti con depressione maggiore e disturbi d'ansia

*Alexithymia, personality and outcome: a naturalistic study in patients with major depression and anxiety disorders*

E. Mori, A. Drago, D. De Ronchi, A. Serretti

Istituto di Psichiatria, Università di Bologna

## Summary

### Objectives

Alexithymia is frequently associated with major depression and anxiety disorders, although the association is not completely understood. According to some authors, alexithymia is secondary to depression and is thus a "state-dependent" condition. Others have suggested that alexithymia is a "stable personality trait". Moreover, in the literature alexithymia is considered as a negative prognostic factor in the treatment of major depression and anxiety disorders. In this study, we analyze the presence of alexithymia in patients with major depression and anxiety disorders, and investigate the effects of alexithymia and the interaction between alexithymia and personality traits as a modulator of response to combined treatment.

### Methods

Thirty-four outpatients with major depression or anxiety disorders underwent pharmacotherapy and individual psychodynamic psychotherapy. Subjects were assessed using the "Hamilton Rating Scale for Depression" (HAM-D) and "Hamilton Rating Scale for Anxiety" (HAM-A) at baseline and after eight weeks of treatment. Personality traits were assessed with the SCID II. The Toronto Alexithymia 20-item (TAS-20) scale was administered at variable times throughout the period of treatment in addition to

further assessment with the HAM-D and HAM-A. Two statistical models were used incorporating alexithymia either as a state or as a trait factor. Outcome was the change in HAM-D and HAM-A from baseline after eight weeks of treatment. The predictor was the TAS score. Personality traits were included as a covariant in the model.

### Results

55.9% of subjects were diagnosed as alexythimic, 26.5% were borderline alexythimic and 17.6% were not alexythimic. No major differences were seen from the analysis of alexithymia alone, investigated as a modulator of response to anxiety or depressive symptoms either as a trait or as a state factor. On the other hand, the combination of alexithymia (trait model) with dependent personality traits predicted worse outcome considering the HAM-A scores ( $p = 0.01$ ).

### Conclusions

Alexithymia may interfere with response to treatment in subjects suffering from depressive or anxious diseases when combined with personality traits. Further research is needed to confirm the present results.

### Key words

Alexithymia • Depression • Anxiety disorders • Personality • Treatment

## Introduzione

Il termine alessitimia (letteralmente "emozione senza parola") è stato inizialmente introdotto per indicare la ridotta capacità di elaborazione cosciente di vissuti emotivi<sup>1</sup>. In seguito tale costrutto è stato operativamente definito mediante l'identificazione di tre fattori: i) difficoltà di identificazione delle emozioni; ii) difficoltà di comunicazione delle emozioni; e iii) presenza di pensiero operatorio (*externally-oriented thinking*)<sup>1-3</sup>. L'alessitimia è stata frequentemente osservata in associazione a disturbi mentali<sup>4-7</sup> e anche, in particolare, a disturbi d'ansia<sup>8-10</sup> e depressione<sup>11-16</sup>. Il significato di tale associazione rimane, tuttavia,

ancora ampiamente controverso. Alcuni Autori ritengono l'alessitimia secondaria alla depressione<sup>12 17 18</sup> ipotizzando che tal condizione sia "stato-dipendente"<sup>12 19</sup>. Altri, invece, considerano l'alessitimia un tratto di personalità<sup>13 20-23</sup> normalmente distribuito nella popolazione generale<sup>24 25</sup> interpretandola come "fattore di tratto". Nelle analisi appare quindi opportuno cercare di discriminare tra le due possibilità. Tuttavia, nonostante tali discrepanze, in letteratura l'alessitimia è stata frequentemente considerata un potenziale fattore predittivo negativo di trattamenti farmacologici e/o psicoterapici in rapporto a molteplici disturbi psichiatrici<sup>26-28</sup> fra cui anche disturbi ansiosi<sup>26 29</sup> e depressivi<sup>26 28 30 31</sup>. Considerando gli elevati tassi di alessitimia

### Correspondence

Alessandro Serretti, Istituto di Psichiatria, Università di Bologna, viale Carlo Pepoli 5, 40123 Bologna, Italia • Tel. +39 051 6584233 • Fax +39 051 521030 • E-mail: alessandro.serretti@unibo.it

riscontrati fra pazienti affetti da disturbi depressivi<sup>17</sup>, ne consegue la necessità di comprenderne più dettagliatamente la natura di stato o di tratto e il valore predittivo al fine di predisporre interventi terapeutici adeguati.

Questo studio si propone di valutare la presenza di alessitimia e sue eventuali influenze sull'esito in soggetti affetti da disturbi depressivi e ansiosi, trattati ambulatorialmente con farmacoterapia associata a un intervento psicoterapico individuale di supporto a orientamento psicodinamico. In particolare si confrontano due modelli statistici in cui l'alessitimia viene considerata in uno come elemento di tratto e nell'altro come elemento di stato per valutarne gli effetti sulla risposta al trattamento e l'interazione con altre variabili cliniche in grado di influenzare l'outcome, quali i tratti di personalità.

## Materiali e metodi

Il campione è stato reclutato fra i pazienti afferenti all'Unità di Diagnosi e Terapia dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore dell'Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" di Bologna. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Indipendente della AUSL di Bologna e tutti i partecipanti hanno rilasciato consenso informato scritto. All'interno di tale popolazione sono stati selezionati soggetti affetti da depressione maggiore o disturbo da attacchi di panico o disturbo d'ansia generalizzato o disturbo d'ansia non altrimenti specificato (NAS) e con punteggi grezzi basali alla *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D)<sup>32</sup> e/o alla *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HAM-A)<sup>33</sup> pari o superiori a 13. La valutazione diagnostica è stata effettuata mediante la versione italiana della *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI version 5.0.1)<sup>34</sup>. Dal campione così selezionato sono stati esclusi pazienti che presentavano comorbidità per gravi patologie internistiche e/o neurologiche o per abuso e/o dipendenza da sostanze.

Al baseline è stata somministrata anche la versione italiana della *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SCID-II)<sup>35</sup> per valutare la presenza sia di disturbi conclamati che di tratti di personalità. A tal fine a ciascun soggetto, relativamente a ogni disturbo della personalità indagato, è stato attribuito un punteggio grezzo rappresentato dalla somma del numero totale di criteri a cui aveva ottenuto una valutazione di 3 (tratto clinicamente rilevante) o 2 (tratto subclinico). Tale punteggio è stato considerato un indicatore della presenza di significativi tratti di personalità inerenti un definito disturbo di personalità qualora risultasse pari o superiore a 3. La somministrazione degli strumenti di valutazione è stata effettuata da specialisti in psichiatria esperti nel loro utilizzo e non direttamente coinvolti nello studio in atto. I soggetti reclutati sono stati trattati in un setting naturalistico con farmacoterapia (antidepressivi, benzodiazepi-

**TABELLA I.**

Caratteristiche socio-demografiche. *Sociodemographic variables of patients.*

Variabili Socio-Demografiche	N.	%
Femmine	26	76,5%
Scolarità ≤ 8 anni	8	23,5%
Scolarità > 8 anni	26	76,5%
Coniugati/conviventi	20	58,8%
Celibi/nubili	8	23,5%
Separati/divorziati	6	17,7%
Occupati	19	55,9%
Studenti	4	11,8%
Pensionati	10	29,4%
Disoccupati	1	2,9%

ne) associata a un intervento psicoterapico individuale di supporto a orientamento psicodinamico condotto da medici in formazione specialistica in psichiatria sotto la supervisione di uno psicoterapeuta esperto.

A distanza di otto settimane dall'inizio del trattamento è stato condotto un follow-up con somministrazione di HAM-D e HAM-A per valutare la risposta all'intervento. Successivamente a ogni paziente è stata somministrata la versione italiana della *Toronto Alexithymia Scale* a venti item (TAS-20), un test autosomministrato specifico per la valutazione dell'alessitimia<sup>36</sup>. In tale occasione sono state contemporaneamente somministrate anche la HAM-A e HAM-D in modo da poter covariare i punteggi ottenuti e da poter inserire nei modelli statistici le interazioni tra le diverse componenti psicopatologiche (alessitimia, sintomi ansiosi, sintomi depressivi) verificandone la significatività.

## Analisi statistica

Per verificare se l'introduzione della dimensione alessitimica permetta di spiegare maggiormente l'andamento del punteggio alla HAM-D e alla HAM-A quando introdotta come elemento di stato o di tratto sono state analizzate le varianze delle seguenti equazioni sul modello fornito dai dati in esame (ambiente R, Modello Lineare Generale):

1.  $\Delta \text{hamilton (ansia / depressione)} \sim \text{alessitimia al tempo } x + \text{hamilton (ansia / depressione) al tempo } x$
2.  $\Delta \text{hamilton (ansia / depressione)} \sim \text{alessitimia al tempo } x * \text{hamilton (ansia / depressione) al tempo } x$

Nel primo modello non è prevista l'interazione dell'alessitimia con i punteggi alla HAM-D e alla HAM-A, mentre nel secondo modello tale interazione viene esaminata. Le analisi sono state condotte in R, pacchetti dedicati. L'analisi della varianza dei due modelli ha poi stabilito se l'interazione dell'alessitimia al momento della sommi-

nistrazione del test possa aver avuto oppure no rilevanza nella distribuzione della variabile dipendente rappresentata dal delta hamilton depressione o ansia. Sono state anche inserite le altre variabili indipendenti nel modello per valutare possibili interazioni di secondo livello (se cioè un fattore clinico influenza le associazioni osservate).

## Risultati

### Caratteristiche cliniche del campione

Il campione è costituito da 34 soggetti di cui 8 (23,5%) maschi e 26 (76,5%) femmine con un'età media di  $46,41 \pm 17,18$  anni (Tab. I). L'HAM-D al baseline era di  $15,76 \pm 4,82$  e l'HAM-A di  $18,03 \pm 5,00$ . L'82,3% dei pazienti è stato trattato con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), l'11,8% con inibitori selettivi del reuptake della noradrenalina e della serotonina (SNRI) e il 5,9% con altri antidepressivi. I farmaci antidepressivi sono stati utilizzati in monoterapia nel 91,2% dei casi e nel 41,2% in associazione a benzodiazepine (Tab. II). Alla SCID-II 12 (35,3%) soggetti presentavano tratti depressivi, 10 (29,4%) tratti ossessivo-compulsivo, 7 (20,6%) tratti borderline, 5 (14,7%) tratti evitanti, 5 (14,7%) tratti oppositivi, 5 (14,7%) tratti narcisistici, 4 (11,8%) tratti dipendenti, 3 (8,8%) tratti istrionici, 2 (5,9%) tratti schizotipici, 1 (2,9%) tratti paranoide e nessuno tratti schizoidi o antisociali di personalità. Nell'intero campione il punteggio medio alla TAS-20 era di  $47,45 \pm 12,40$ . Alla TAS-20 19 (55,9%) soggetti non risultavano alessitimici ( $TAS-20 < 50$ ), 9 (26,5%) presentavano valori borderline ( $50 < TAS-20 < 60$ ) e 6 (17,6%) venivano classificati come alessitimici ( $TAS-20 \geq 61$ ).

Dei 6 soggetti alessitimici 3 presentavano tratti evitanti, 4 tratti ossessivo-compulsivi, 4 tratti oppositivi, 4 tratti depressivi, 3 tratti narcisistici, 2 tratti dipendenti, 2 tratti istrionici e 1 tratti borderline. Fra i 9 pazienti con alessitimia borderline si evidenziavano 2 con tratti evitanti, 1 con tratti dipendenti, 4 con tratti ossessivo-compulsivi, 3 con tratti oppositivi, 6 con tratti depressivi, 3 con tratti narcisistici, 1 con tratti istrionici, 4 con tratti borderline e 1 con tratti paranoide.

### Outcome

A otto settimane di trattamento il valore medio di HAM-D era di  $6,50 \pm 5,36$  e il valore medio di HAM-A era di  $6,735 \pm 5,63$  con significativa riduzione rispetto al baseline sia alla HAM-D ( $t = 7,4341$ ,  $df = 33$ ,  $p = 1,527e-8$ ) che alla HAM-A ( $t = 9,5082$ ,  $df = 33$ ,  $p = 5,635e-11$ ). Tali outcome non correlano in modo statisticamente rilevante né ai fattori socio-demografici esaminati (sesso, età, scolarità, stato civile), né alla presenza di alessitimia intesa come fattore di stato o di tratto (dati non mostrati). Le

**TABELLA II.**  
Trattamenti farmacologici. *Pharmacological therapies.*

Farmaci	N.	%
Citalopram	2	5,9%
Escitalopram	7	20,6%
Fluoxetina	1	2,9%
Fluvoxamina	1	2,9%
Paroxetina	13	38,2%
Sertralina	4	11,8%
Venlafaxina	4	11,8%
Amisulpiride	1	2,9%
Mirtazapina	1	2,9%
SSRI + BDZ	9	26,5%
SNRI + BDZ	3	8,8%
SSRI + altro	2	5,9%
SNRI + altro	1	2,9%
Mirtazapina/amisulpiride + BDZ	2	5,9%

SSRI: inibitori selettivi del reuptake della serotonina; SNRI: inibitori selettivi del reuptake della noradrenalina e della serotonina; altro: mirtazapina, trazodone.

analisi, invece, osservano una correlazione significativa fra presenza di tratti dipendenti di personalità (SCID-II, vedi metodi) e positiva risposta al trattamento (se = 0,13  $t = 2,15$   $p = 0,03$ ).

L'interazione fra "tratti dipendenti di personalità" e "alessitimia" correla significativamente con la risposta al trattamento contribuendo a determinare un outcome sfavorevole all'HAM-A. Tale interazione risulta statisticamente significativa solo considerando l'alessitimia come fattore di tratto (cioè non dipendente dalla sintomatologia ansiosa se = 0,002  $t = -2,48$   $p = 0,01$ ).

In rapporto alla sintomatologia depressiva, invece, emerge solo un trend di associazione tra interazione "tratti dipendenti di personalità"- "alessitimia" e peggior outcome (dati non mostrati).

Inoltre, analizzando la varianza fra i modelli che considerano l'alessitimia come fattore di stato e di tratto si osserva che, mentre in rapporto alla sintomatologia ansiosa non si riscontrano differenze rilevanti a livello statistico, relativamente ai sintomi depressivi i due modelli risultano significativamente diversi ( $p = 0,027$ ).

## Discussione

Il presente studio è stato elaborato per indagare gli effetti dell'alessitimia e di sue interazioni con altre variabili cliniche (quali tratti di personalità) sulla risposta al trattamento in pazienti affetti da depressione maggiore e

**TABELLA III.**

Studi empirici riguardanti il potere predittivo dell'alessitimia nella depressione maggiore e nei disturbi d'ansia. *Empirical studies about the predictive value of alexithymia in Major Depression and Anxiety Disorders.*

Studio	N.	Diagnosi	Trattamento	Risultati
Ozsahin et al. (2003) <sup>31</sup>	77	DM	Terapia farmacologica con AD	L'alessitimia si associa a outcome sfavorevole con una differenza statisticamente significativa nel tasso di risposta fra alessitimici e non alessitimici ( $p < 0,01$ )
McCallum et al. (2003) <sup>28</sup>	251	Lutto complicato, DM, distimia e altri disturbi di Asse I e II	Psicoterapia introspettiva individuale e di gruppo Intervento ambulatoriale Durata: 12 settimane Psicoterapia supportiva individuale e di gruppo Intervento ambulatoriale Durata: 20 settimane	L'alessitimia si associa a outcome sfavorevole correlando negativamente con il miglioramento sintomatologico generale ( $p < 0,02$ )
Ogrodniczuk et al. (2004) <sup>30</sup>	33	Soggetti con pregresso episodio di DM responsivi a intervento psicoterapico, sottocampione dello studio <sup>28</sup>	Psicoterapia individuale interpretativa e supportiva Intervento ambulatoriale Durata: 20 settimane	Associazione statisticamente significativa fra alessitimia e sintomi residui ( $p < 0,02$ )
Ogrodniczuk et al. (2005) <sup>27</sup>	107	Lutto complicato e differenti disturbi di Asse I e II, sottocampione dello studio <sup>28</sup>	Psicoterapia interpretativa (individuale e di gruppo) Intervento ambulatoriale Durata: 12 settimane	L'alessitimia predice outcome sfavorevole
Grabe et al. (2008) <sup>54</sup>	297	Differenti disturbi di Asse I e II (DM, disturbi dell'adattamento, disturbi somatoformi, DCA, disturbi alcol correlati, DP)	Trattamento multimodale con psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo e terapia farmacologica Intervento ospedaliero Durata: 8-12 settimane	L'alessitimia non si associa a outcome sfavorevole La differenza nel tasso di risposta, intesa come riduzione del 50% al GSI, fra alessitimici e non alessitimici non raggiunge la significatività statistica ( $p = 0,7$ )
Leweke et al. (2009) <sup>26</sup>	480	Differenti disturbi di Asse I (DM, disturbi dell'adattamento, disturbo post traumatico da stress, disturbi somatoformi, DCA)	Trattamento multimodale con psicoterapia psicodinamica individuale e di gruppo, terapia farmacologica e tecniche di rilassamento Intervento ospedaliero Durata: 4-12 settimane	L'alessitimia si associa a outcome sfavorevole correlando negativamente con i valori post trattamento di GSI e SCL-90 <i>Depression Scale</i> ( $p < 0,05$ )
Bach & Bach (1995) <sup>29</sup>	30	DAP; disturbi somatoformi	Trattamento multimodale con CBT individuale e di gruppo, tecniche di esposizione e di rilassamento Intervento ospedaliero Durata: 8 settimane	L'alessitimia si associa a outcome sfavorevole ( $p = 0,02$ )
Rufer et al. (2004 e 2006) <sup>55 56</sup>	42	Disturbo ossessivo-compulsivo	Trattamento multimodale CBT Intervento ospedaliero Durata: 10 settimane	L'alessitimia non correla significativamente con l'outcome
Spek et al. (2008) <sup>57</sup>	201	Depressione sottosoglia	CBT	L'alessitimia non correla significativamente con l'outcome
Rufer et al. (2010) <sup>58</sup>	50	DAP	CBT di gruppo e terapia farmacologica con AD e/o BDZ Intervento ambulatoriale Durata: 5 settimane	L'alessitimia non correla significativamente con l'outcome

DM: depressione maggiore; AD: antidepressivi; DCA: disturbi del comportamento alimentare; DP: disturbi di personalità; GSI: *Global Severity Index*; SCL-90: *Symptom Checklist-90*; CBT: terapia cognitivo comportamentale; DAP: disturbo da attacchi di panico; BDZ: benzodiazepine.

disturbi d'ansia (disturbo da attacchi di panico; disturbo d'ansia generalizzato; disturbo d'ansia NAS) trattati in un setting naturalistico con farmacoterapia (antidepressivi e benzodiazepine) e con un intervento psicoterapico breve a orientamento psicodinamico. Valutando le influenze dell'alessitimia sull'outcome di trattamento abbiamo teorizzato, come ipotesi conservativa, che essa intervenga quale fattore di tratto e non di stato. Tale ipotesi è stata confermata dalle analisi della varianza fra i due modelli che forniscono differenze statisticamente significative solo di lieve entità ed esclusivamente in rapporto alla sintomatologia depressiva e non relativamente ai sintomi ansiosi, appare perciò escluso che nel nostro campione i valori di alessitimia siano collegati alla sintomatologia. Nel nostro campione, inoltre, l'alessitimia indagata come fattore singolo, sia di tratto che di stato, non correla significativamente con gli esiti del trattamento contrariamente a quanto riportato in precedenti lavori. Tale discrepanza potrebbe derivare dalle ridotte dimensioni del campione esaminato considerando il limitato numero di soggetti alessitimici individuati. Tuttavia in letteratura l'associazione fra alessitimia e outcome sfavorevole è stata principalmente rilevata in studi che valutano l'esito di interventi psicoterapici a orientamento psicodinamico, mentre rispetto a interventi psicoterapici cognitivo comportamentali o integrati (psicoterapia psicodinamica o cognitivo comportamentale in associazione a terapia farmacologica) i risultati ottenuti appaiono disomogenei. Inoltre i dati disponibili riguardanti gli effetti dell'alessitimia sull'outcome di trattamenti farmacologici sono limitati e necessitano di ulteriori verifiche (Tab. III).

Le analisi effettuate, però, evidenziano che l'alessitimia influenza la risposta al trattamento qualora venga considerata in rapporto a tratti di personalità. Infatti l'interazione fra "tratti dipendenti di personalità" e "alessitimia", intesa come fattore di tratto, è significativamente associata a outcome sfavorevole relativamente alla sintomatologia ansiosa. Tale interazione appare di interesse in quanto tratti dipendenti di personalità non sono generalmente associati alla risposta o addirittura alcune impressioni cliniche suggeriscono una migliore compliance e quindi migliore outcome, ma studi non sono presenti a questo proposito. Inoltre, pur non raggiungendo la significatività statistica, un analogo effetto sulla risposta al trattamento si osserva anche per i sintomi depressivi. Considerando che soggetti alessitimici tendono a non riconoscere aspetti della personalità e bisogni emotivi propri, soprattutto se ritenuti scarsamente desiderabili dal contesto sociale (come ad esempio i tratti dipendenti)<sup>37</sup>, tali pazienti potrebbero non fornire al terapeuta un'accurata rappresentazione di sé limitando, quindi, la possibilità di elaborare adeguati piani terapeutici. Inoltre essendo l'alessitimia associata a ridotto coinvolgimento nei processi psicoterapici<sup>27</sup>, soggetti alessitimici e con tratti di personalità di-

pendenti potrebbero rivelarsi incapaci di sperimentare e di rielaborare questi loro aspetti all'interno della relazione terapeutica. La potenziale esistenza di modulatori nel rapporto fra disturbi di personalità del cluster C e risposta al trattamento nei disturbi depressivi e ansiosi viene suggerita anche dai dati contrastanti disponibili in letteratura. Accanto a studi che individuano nella presenza di un disturbo di personalità del cluster C un fattore predittivo negativo nella terapia dei disturbi depressivi<sup>38-40</sup>, altri non evidenziano alcuna significativa differenza di outcome<sup>41-44</sup>. Analogamente disturbi di personalità del cluster C sono stati individuati quali fattori predittivi negativi nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato<sup>45-46</sup>, ma non del disturbo da attacchi di panico<sup>45</sup>. L'alessitimia, quindi, che è di per sé associata al disturbo di personalità dipendente<sup>47-48</sup>, potrebbe rappresentare un potenziale modulatore fra risposta al trattamento e tratti dipendenti della personalità.

Occorre considerare, però, che i risultati del presente studio potrebbero essere stati influenzati da vari limiti. Le ridotte dimensioni del campione e i possibili bias di selezione (prevalenza di soggetti di sesso femminile, reclutamento all'interno di un servizio ambulatoriale pubblico cui accedono prevalentemente pazienti con patologie di entità lieve-moderata e appartenenti a ceti sociali medio-bassi) non consentono ampie generalizzazioni dei risultati ottenuti. I pazienti sono stati trattati in un setting naturalistico e la conseguente assenza di un trattamento standardizzato pone limiti alla comparabilità dei risultati osservati in termini di risposta all'intervento terapeutico. Contemporaneamente, però, un setting naturalistico può garantire una maggiore flessibilità della terapia farmacologica adottata e potenzialmente una maggior individualizzazione del trattamento. Inoltre in questo studio la SCID-II è stata utilizzata con fini non solo diagnostici, ma anche descrittivi considerando sia i criteri valutati "cl clinicamente rilevanti" che "subclinici". Se l'importanza dei tratti di personalità, oltre che dei disturbi conclamati, nell'influenzare la risposta al trattamento è già stata sottolineata da Reich (1993)<sup>49</sup>, la scelta di considerare anche tratti della personalità 'subclinici' deriva dall'ipotesi che contribuiscano alla definizione di assetti di personalità diversi potenzialmente capaci di influenzare la risposta ai trattamenti terapeutici proposti e dalla contemporanea assenza di strumenti di valutazione dimensionali specifici. Inoltre la somministrazione della SCID-II al baseline e, quindi nel corso della fase acuta del disturbo, può aver favorito l'accentuazione di tratti di personalità del cluster C<sup>50</sup>, sebbene il fatto che tutti i pazienti siano stati valutati nella stessa fase di malattia potrebbe aver contribuito a minimizzare tale bias all'interno del campione. Limiti sono ravvisabili anche nell'utilizzo della TAS-20 che in quanto scala autosomministrata introduce la possibilità di un errore sistematico da parte del soggetto che potreb-

be non valutare adeguatamente i propri stati psicologici. Tale limite appare ancor più rilevante se si considera che l'elemento nucleare dell'alessitimia viene identificato nell'incapacità del soggetto a riconoscere i propri stati emotivi. Tuttavia la TAS-20 ha dimostrato di rispondere pienamente a criteri di validità<sup>51</sup> e attendibilità<sup>52 53</sup> ed è al momento lo strumento di valutazione per l'alessitimia più ampiamente utilizzato a livello internazionale.

## Conclusioni

L'alessitimia potrebbe rappresentare un fattore di tratto potenzialmente capace di modulare la risposta al trattamento in soggetti affetti da disturbi depressivi e ansiosi, interagendo con altre importanti variabili cliniche, quali i tratti di personalità. Ulteriori ricerche sono, tuttavia, necessarie al fine di replicare e consolidare i risultati ottenuti.

## Bibliografia

- 1 Sifneos PE. *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients.* Psychother Psychosom 1973;22:255-62.
- 2 Taylor GJ. *Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment.* Am J Psychiatry 1984;141:725-32.
- 3 Nemiah JC. *Alexithymia. Theoretical considerations.* Psychother Psychosom 1977;28:199-206.
- 4 Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, et al. *Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study.* J Psychosom Res 1995;39:987-94.
- 5 Bach M, Bach D, Bohmer F, et al. *Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses.* J Psychosom Res 1994;38:529-38.
- 6 Saarijarvi S, Salminen JK, Tamminen T, et al. *Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients.* Gen Hosp Psychiatry 1993;15:330-3.
- 7 Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, et al. *Alexithymia and somatic complaints in psychiatric outpatients.* J Psychosom Res 1992;36:417-24.
- 8 Eizaguirre AE, de Cabezon AOS, de Alda IO, et al. *Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders.* Pers Individ Differ 2004;36:321-31.
- 9 Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM, et al. *Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study.* Am J Psychiatry 1993;150:1105-7.
- 10 Zeitlin SB, McNally RJ. *Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder.* Am J Psychiatry 1993;150:658-60.
- 11 Lipsanen T, Saarijarvi S, Lauerma H. *Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia-overlapping or independent constructs?* Psychopathology 2004;37:200-6.
- 12 Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, et al. *Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder.* Psychosomatics 2001;42:229-34.
- 13 Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, et al. *Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population.* Psychother Psychosom 2001;70:247-53.
- 14 Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. *Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression.* J Psychosom Res 2001;51:729-33.
- 15 Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs?* Compr Psychiatry 1991;32:387-94.
- 16 Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, et al. *Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers.* Psychother Psychosom 1988;50:81-7.
- 17 Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, et al. *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population.* J Psychosom Res 2000;48:99-104.
- 18 Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, et al. *Secondary alexithymia: an empirical validation.* Compr Psychiatry 1990;31:284-8.
- 19 Honkalampi K, Hintikka J, Saarijarvi S, et al. *Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study.* Psychother Psychosom 2000;69:303-8.
- 20 Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. *Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression.* Psychother Psychosom 2006;75:107-12.
- 21 Picardi A, Toni A, Caroppo E. *Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style.* Psychother Psychosom 2005;74:371-8.
- 22 Taylor GJ, Bagby RM. *New trends in alexithymia research.* Psychother Psychosom 2004;73:68-77.
- 23 De Gucht V. *Stability of neuroticism and alexithymia in somatization.* Compr Psychiatry 2003;44:466-71.
- 24 Salminen JK, Saarijarvi S, Arela E, et al. *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland.* J Psychosom Res 1999;46:75-82.
- 25 Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness.* Cambridge UK: Cambridge University Press 1997.
- 26 Leweke F, Bausch S, Leichsenring F, et al. *Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment.* Psychother Res 2009;19:323-31.
- 27 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. *The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play?* Compr Psychiatry 2005;46:206-13.
- 28 McCallum M, Piper WE, Ogrodniczuk JS, et al. *Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy.* Psychol Psychother 2003;76:133-44.
- 29 Bach M, Bach D. *Predictive value of alexithymia: a prospec-*

- tive study in somatizing patients. *Psychother Psychosom* 1995;64:43-8.
- 30 Ogradniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. *Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy*. *Am J Psychother* 2004;58:150-61.
- 31 Ozsahin A, Uzun O, Cansever A, et al. *The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression*. *Depress Anxiety* 2003;18:62-6.
- 32 Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 33 Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
- 34 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33, quiz 34-57.
- 35 First M, Spitzer R, Gibbon M, et al. *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders, (SCID II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 36 Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- 37 O'Neill RM, Bornstein RF. *Dependency and alexithymia in psychiatric inpatients*. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:302-6.
- 38 Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, et al. *Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up*. *J Pers Disord* 2003;17:341-50.
- 39 Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, et al. *Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression*. *J Affect Disord* 2002;71:35-41.
- 40 Hayden EP, Klein DN. *Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress*. *Am J Psychiatry* 2001;158:1864-70.
- 41 Sato T, Sakado K, Sato S. *Is there any specific personality disorder or personality disorder cluster that worsens the short-term treatment outcome of major depression?* *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:342-9.
- 42 Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, et al. *Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Am J Psychiatry* 1990;147:711-8.
- 43 Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M, et al. *Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients*. *J Clin Psychiatry* 1987;48:468-72.
- 44 Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. *The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression*. *J Affect Disord* 1984;7:309-18.
- 45 Massion AO, Dyck IR, Shea MT, et al. *Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:434-40.
- 46 Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, et al. *Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder*. *Br J Psychiatry* 2000;176:544-9.
- 47 Honkalampi K, Hintikka J, Antikainen R, et al. *Alexithymia in patients with major depressive disorder and comorbid cluster C personality disorders: a 6-month follow-up study*. *J Pers Disord* 2001;15:245-54.
- 48 Bach M, de Zwaan M, Ackard D, et al. *Alexithymia: relationship to personality disorders*. *Compr Psychiatry* 1994;35:239-43.
- 49 Reich JH, Vasile RG. *Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update*. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:475-84.
- 50 Reich J. *The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review*. *J Pers Disord* 2003;17:387-405.
- 51 Taylor G, Bagby R, Parker J. *Disorders of affect regulation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press 1997.
- 52 Taylor J, Bagby R, Luminet O. *Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures*. In: Parker J, Baron R, editors. *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA, Jossey Bass, 2000, pp 301-19.
- 53 Porcelli P. *Updates sul costrutto di alexithymia*. In: Convegno Internazionale sull'addiction. L'era dell'eccesso: clinica e psicodinamica dell'addiction. Palermo, 28-29 ottobre 2004. <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/porcelli-alex-2005.htm>
- 54 Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, et al. *Alexithymia and outcome in psychotherapy*. *Psychother Psychosom* 2008;77:189-94.
- 55 Rufer M, Hand I, Braatz A, et al. *A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy*. *Psychother Psychosom* 2004;73:101-6.
- 56 Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, et al. *A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder*. *Compr Psychiatry* 2006;47:394-8.
- 57 Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P, et al. *Alexithymia and cognitive behaviour therapy outcome for subthreshold depression*. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:164-7.
- 58 Rufer M, Albrecht R, Zaum J, et al. *Impact of alexithymia on treatment outcome: a naturalistic study of short-term cognitive-behavioral group therapy for panic disorder*. *Psychopathology* 2010;43:170-9.