

Temperamenti affettivi e spettri di psicopatologia sottosoglia in un campione di popolazione clinica

Affective temperaments and subthreshold symptoms spectrum in a clinical sample

A. CASTROGIOVANNI
A. GORACCI
M.C. DI SIMPLICIO
F. FARGNOLI
F. PELLEGRINI
P. CASTROGIOVANNI

Dipartimento di Neuroscienze,
Sezione di Psichiatria, Università
di Siena

Key words

Temperaments • Subthreshold conditions • Spectrum of psychiatric disorders

Correspondence: Prof. P. Castrogiovanni, Policlinico "Le Scotte", Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, viale Bracci 1, 53100 Siena, Italy
Tel. +39 0577 586274 / 586275
E-mail: castrogiovan@unisi.it

Summary

Objective

Evaluation of subthreshold conditions and affective temperaments in a clinical sample; evaluation of relationship between temperament and subthreshold spectrum symptoms and comparison of the two related interviews TEMPS-I and MOODS-SR.

Methods

Akiskal's Semi-structured Clinical Interview for Temperament (TEMPS-I) and the General 5-Spectrum Measure (GSM-V) has been distributed to a sample of 92 outpatients. Each patient then received the complete spectrum interview (MOODS-SR, PAS-SR, ABS-SR, OBS-SR, SHY-SR) corresponding to the domain of the GSM-V where more than 2/3rds of the items had been rated positively.

Results

In our sample, 47 patients out of 92 (51.08%) were rated positively for an affective temperament: 33 (35.9% of the whole sample) for depressive temperament, 8 (8.7%) for cyclothymic, 4 (4.3%) for hyperthymic and 2 (2.2%) for irritable. There was no significant relationship between temperament scores and diagnoses. Analysing the presence of subthreshold symptoms in the groups with an extreme affective temperament, 20 patients (45.5%) scored significantly on the mood spectrum, 5 (41.7%) scored significantly on the obsessive-compulsive spectrum, 4 (33.3%) scored significantly on the panic-agoraphobic spectrum and 7 (31.8%) scored significantly on the social-phobic spectrum (Table II). A Chi-Square analysis showed a positive correlation between extreme affective temperaments and mood spectrum scores ($p = 0.031$; $OR = 5.174$; $CI = 1.051-31.07$) (Table III), while no correlation was found between extreme affective temperaments and scores on the spectrum interviews related to anxiety disorders. Thus, the patient group with extreme affective temperaments had a greater chance of scoring positively also at the mood spectrum interview, compared to the group without an extreme affective temperament. However, the percentage of significant mood spectrum scores in the group positive for affective temperaments did not differ in a relevant fashion from the percentage of significant scores of subthreshold symptoms related to anxiety disorders.

Conclusions

Conclusions emerging from this study should be viewed as preliminary due to the limited size of our sample. Albeit, a positive correlation was found between extreme affective temperaments and subthreshold mood spectrum features. Taking into account the different background approaches of the two questionnaires TEMPS-I and MOODS-SR, MOODS-SR could perhaps be considered as less specific but more complete as an instrument aimed at detecting clinically relevant different features of affective psychopathology.

Our sample also shows how affective temperaments and subthreshold mood spectrum symptoms often coexist with full blown or subthreshold conditions other than affective disorders. This suggests that temperament questionnaires could be used for rapid screening seeking a specific risk of affective pathology, while interviews for subthreshold spectrum symptoms could be useful to examine and describe the specific and individual characteristics of each clinical case in a less subjective and more standardized way.

Introduzione

La diagnosi in psichiatria ha rappresentato e continua a rappresentare un problema a volte di difficile risoluzione. Attualmente, se da una parte è di largo uso un tipo di diagnostica basata sui rigidi criteri del DSM IV e dell'ICD 10, dall'altra sono emersi i limiti di tali modelli, in quanto i criteri diagnostici basati su un approccio categoriale risultano spesso insufficienti a comprendere la complessa realtà della malattia mentale che viene ridotta ad un fenomeno di tipo on-off, uno spaccato di un processo in movimento. L'esperienza clinica evidenzia, invece, come tra normalità e patologia vi sia un continuum di espressioni fenomeniche diverse per qualità e quantità che vanno a collocarsi in quello spazio che separa i due estremi, tanto che le difficoltà attuali sono più nella definizione di quale sia la soglia della salute che nella definizione dei disturbi. Appare d'importanza sempre più rilevante il saper cogliere quei sintomi sfumati, che da soli o insieme ad altri si presentano anche al di fuori delle fasi di malattia piena e/o del quadro psicopatologico dominante. L'individuazione di questi, che si possono definire come sintomatologia sottosoglia, può infatti raffinare notevolmente l'inquadramento del disturbo, ma soprattutto della persona nel suo complesso, offrendo strumenti prognostici e terapeutici più precisi nella finalità di un miglioramento globale della qualità di vita del paziente.

IL TEMPERAMENTO

Tali osservazioni si applicano in modo particolare ai Disturbi dell'Umore, la cui nosografia codificata dal DSM IV viene messa in discussione alla luce delle osservazioni cliniche che partono dal concetto di "spettro bipolare allargato" descritto da Akiskal. L'Autore intende recuperare un approccio di spettro alla patologia affettiva comprendendo, tra le manifestazioni sottosoglia, l'importanza clinica delle disposizioni temperamentalì, già evidenziate a suo tempo da Kraepelin¹ quando osservava "le disposizioni di personalità" e gli "stati fondamentali" dei familiari dei suoi pazienti.

Oggi il temperamento viene indagato da diversi punti di vista tra cui quello della psicologia dello sviluppo di Buss & Plomin², quello neurobiologico di Derryberry & Rothbart³ e quello psicopatologico riproposto appunto da Akiskal. I percorsi con cui si arriva a studiarlo sono profondamente diversi, dato che da una parte ci si pone l'obiettivo di ricercare nel temperamento quegli elementi primari, in senso gerarchico e cronologico, che distinguono le persone tra sé, delineandone l'individualità; dall'altra, è a partire dalla psicopatologia conclamata che si volge lo sguardo su quelle manifestazioni, definite poi come temperamentalì, che nelle loro varianti estreme talvolta potrebbero apparire propaggini attenuate del-

la psicopatologia stessa. Tuttavia, seppur partendo da queste due direzioni quasi speculari, vi è un'evidente affinità nell'individuare "l'oggetto temperamento" e la sua fenomenica in un *range* relativamente comune di dimensioni, tra le quali: il livello di energie e di attività, l'affaticabilità, lo sfondo affettivo o colore di fondo dell'umore, la reattività e l'instabilità emotiva, la socievolezza, la stabilità nelle relazioni, l'attitudine verso le novità, l'irritabilità, l'impulsività. Tanto la psicologia dello sviluppo quanto l'ottica psicopatologica riconoscono poi la forte matrice genetica e quindi biologica del temperamento, che si manifesterebbe fin dai primi anni di vita attraverso complessi meccanismi neurofisiologici che trovano probabilmente la loro base nei processi di reattività e autoregolazione del sistema nervoso centrale e influenzano profondamente lo sviluppo della personalità del bambino. Tuttavia l'ereditarietà non esclude la possibilità che l'espressione del temperamento sia influenzata da fattori ambientali e che possa cambiare con il tempo, soprattutto in età giovanile, come hanno mostrato alcuni studi di Thomas & Chess⁴ e Placidi et al.⁵ che hanno indagato specificamente la stabilità dei tratti temperamentalì.

Ciò che comunque distingue radicalmente l'approccio psicopatologico dagli altri è il considerare come i temperamenti *affettivi* – cioè la predisposizione, innata e biologicamente determinata, a possedere un tono emotivo di fondo, un profilo di base dell'umore e un livello di energia e di reattività agli stimoli descritti nelle varianti depressiva, ciclotimica, ipertimica e irritabile –, quando si presentano nelle loro forme estreme, sconfinano nel quadro di un disturbo dell'umore lieve assumendo una decisiva rilevanza clinica. Tale concezione si fonda appunto su quell'approccio di spettro riproposto da Akiskal⁶ che individua numerose sottotipizzazioni della patologia dell'umore sulla base soprattutto di tratti temperamentalì ma anche di elementi quali la familiarità. Così, questo *soft bipolar spectrum* è capace di cogliere quelle sfumature che riempiono tanto lo spazio che va dalle cosiddette forme unipolari classiche al disturbo bipolare di tipo I, quanto quello che va dalle qualità caratterologiche "portate all'estremo" alle forme "endogene" dei disturbi maggiori.

Quindi, nell'ottica del *soft bipolar spectrum*, la presenza, nei pazienti affetti da forme depressive, di un temperamento affettivo dominante di tipo ciclotimico o ipertimico può costituire un segnale per un futuro sviluppo in senso bipolare del disturbo. Diversi studi indicano come tali pazienti vadano infatti più frequentemente incontro a episodi di tipo maniacale/ipomaniacale e siano quindi da considerare da subito come appartenenti a un sottotipo "soft" di disturbo bipolare. Il temperamento inoltre, secondo gli studi di Akiskal et al.^{7,9}, Perugi et al.⁸, sembra influenzare la fenomenica con cui si presentano le fasi

maniaco-ipsomaniaco, laddove un temperamento ciclotimico porterebbe a un prevalere di irritabilità, disforia e comportamenti a rischio in pazienti affetti da disturbo bipolare di tipo II, un temperamento ipertimico alle manifestazioni più estreme euforico-accelerate-paranoidi dell'eccitamento maniaco e un temperamento depressivo a forme miste maniaco-depressive.

Inoltre, l'importanza dei temperamenti affettivi sembra estendersi anche al di là dei disturbi dell'umore, come sembrano dimostrare alcuni studi di Hantouche et al.¹⁰ condotti su popolazioni di pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, nelle quali la presenza di un temperamento ciclotimico distingueva un sottogruppo con sintomatologia più severa, decorso tendenzialmente episodico, livelli più alti di episodi maniaco-ipsomaniaco o depressivi in comorbilità, un rischio suicidario maggiore e una peggiore risposta agli antidepressivi antiosessivi. Secondo questa linea il "soft bipolar spectrum" potrebbe ritrovarsi alla base delle frequenti comorbilità tra disturbi d'ansia e dell'umore, che quindi verrebbero meglio inquadrati dalla presenza, in origine, di una disposizione temperamentale ciclotimico-ansiosa¹¹.

GLI SPETTRI DI PATOLOGIA SOTTOSOGLIA

Sempre con l'obiettivo di un più accurato inquadramento diagnostico, però in un'ottica dimensionale, sono stati elaborati strumenti in grado di indagare e comprendere anche le zone sfumate e incerte della malattia mentale: le interviste cliniche strutturate per gli spettri di patologia sottosoglia. Il concetto di spettro non si applica soltanto ai disturbi dell'umore ma viene genericamente definito come comprendente manifestazioni parziali e attenuate di un disturbo psichiatrico che per gravità e durata non soddisfa i criteri per porre diagnosi di patologia psichiatrica conclamata. Lo spettro così inteso dagli studi di Rucci et al.¹² comprende i criteri del DSM IV incorporati in una prospettiva più ampia che include tratti temperamentali e di personalità, comportamenti, stili cognitivi, stili di vita e di adattamento alle richieste dell'ambiente di tipo potenzialmente disfunzionale. Per indagare tale concetto sono stati proposti e validati cinque questionari di spettro: SCI-MOODS¹³, SCI-PAS^{14 15}, SCI-ABS¹⁶, SCI-SHY e SCI-OBS¹⁷.

Così ad esempio nel *mood spectrum*, che presenta il vantaggio di valutare con un approccio unitario e completo tanto i sintomi della polarità depressiva che di quella maniaco-ipsomaniaco, ritroviamo le disposizioni temperamentali, i sintomi atipici e sottosoglia, isolati o raggruppati ad esempio in pattern comportamentali correlati ai sintomi nucleari, le espressioni sintomatologiche conclamate già comprese nei criteri diagnostici attuali della depressione e delle manie. L'utilizzo dell'Intervista Clinica Strutturata per lo Spettro dell'Umore (SCI-MOODS) vede tra i possibili

scopi ed utilità quello di cogliere manifestazioni subcliniche di maniacalità, che consentano di evitare la frequente mancata inclusione di pazienti all'interno dei Disturbi Bipolari con le conseguenze terapeutiche e prognostiche, anche importanti, che questo può comportare. Inoltre, studi recenti condotti utilizzando tale strumento sembrano rafforzare il ritorno a un approccio unitario alla patologia affettiva. Infatti, è stato evidenziato ad esempio da Cassano et al.¹⁸ come, sia in pazienti con diagnosi di disturbo unipolare che bipolare, vi sia una correlazione lineare tra i punteggi della sintomatologia sottosoglia della polarità depressiva e di quella maniaco-ipsomaniaco e che un numero maggiore di *items* positivi maniaco-ipsomaniaco correla con un rischio maggiore di sviluppare ideazione suicidaria e sintomi psicotici.

Anche gli altri spettri si pongono l'obiettivo di cogliere in maniera più unitaria e comprensiva la psicopatologia dei relativi disturbi. Ciò che sembra più interessante è come attraverso l'analisi di queste componenti sottosoglia si possano individuare una sorta di "comorbilità subcliniche" e tentare una sottotipizzazione dei pazienti. Ad esempio, alcuni studi di Frank et al.^{19 20} hanno evidenziato come all'interno dei disturbi dell'umore l'eventuale presenza nei pazienti di un punteggio significativo allo spettro per la dimensione panico-agorafobica (SCI-PAS) può influenzare la responsività al trattamento, predicendo livelli più alti di sintomi depressivi e ideazione suicidaria nei pazienti con disturbo bipolare di tipo I e outcome peggiori con maggiore durata della terapia psicoterapica o farmacologica necessaria alla remissione clinica, in pazienti con disturbo bipolare I o depressione maggiore ricorrente.

A questo punto è evidente come, pur partendo da presupposti concettuali diversi, l'oggetto d'indagine del questionario sui temperamenti affettivi e del questionario sullo spettro dell'umore finiscano per sovrapporsi parzialmente, innanzitutto dato che per definizione lo spettro dell'umore dovrebbe comprendere al suo interno anche la descrizione del temperamento affettivo. Ambedue gli approcci, infatti, si preoccupano di quel "vuoto diagnostico" che ancora oggi porta di frequente al misconoscimento di forme cliniche "dall'affinità bipolare". L'approccio di Akiskal riunisce categorie diagnostiche diverse comprendendo "sotto la rubrica *bipolar spectrum* una serie di sindromi distinte caratterizzate da una gravità decrescente di mania/ipsomania" mentre il *mood spectrum* di Cassano rappresenta "un approccio unitario e continuo nella valutazione dei sintomi sia maniaco-ipsomaniaco sia depressivi"¹⁸. Tuttavia, l'impostazione categoriale di Akiskal non appare così rigida da non poterla raffrontare con lo spettro di tipo dimensionale proposto da Cassano, dal momento che lo stesso autore afferma come: "il concetto di spettro bipolare comprende manifestazioni cliniche

che si sovrappongono”²¹ e “il temperamento è un costrutto dimensionale, che solo nei suoi estremi può essere considerato anormale in senso statistico e forse clinico; pertanto definire dove una tendenza all’umore triste si fonde con la distimia è solo una questione di convenzione clinica, lo stesso vale per la tendenza ad avere sbalzi d’umore rispetto alla ciclotimia”. Se non vi è analogia concettuale, l’intento clinico-pratico di partenza è però molto simile e altrettanto lo sono le conseguenze clinico-terapeutiche, a cui questo approda. Infatti, sia evidenziando nuove e più accurate sottotipizzazioni del disturbo bipolare sulla base di elementi familiari e/o temperamentalmente, sia comprendendo le manifestazioni temperamentalmente in un continuum dalla normalità alla patologia maggiore, il risultato pratico più rilevante resta l’attenzione a un uso più cauto degli antidepressivi in monoterapia nelle forme classicamente descritte come unipolari e all’importanza degli stabilizzanti dell’umore in un ampio e variegato insieme di manifestazioni cliniche, ben al di là dei soli disturbi bipolare I e II.

Pertanto può essere interessante verificare se e come questi due approcci si intersechino effettivamente attraverso la somministrazione contemporanea dei due rispettivi strumenti di indagine.

Scopo

In questo studio si è voluto analizzare la presenza di temperamenti affettivi e di manifestazioni di psicopatologia sottosoglia in un campione eterogeneo di pazienti ambulatoriali con disturbi dell’umore, d’ansia e della condotta alimentare. Lo studio si propone inoltre di valutare la distribuzione dei temperamenti affettivi in un campione di popolazione clinica; e il rapporto tra temperamenti affettivi e spettri di patologia sottosoglia, analizzando in particolare la prevalenza dei diversi spettri di psicopatologia tra i gruppi di pazienti caratterizzati da diversi profili temperamentalmente.

Materiali e metodi

È stato analizzato un campione di 92 pazienti affetti agli ambulatori della Psichiatria Universitaria di Siena, di cui 32 maschi e 60 femmine di un’età compresa tra i 18 e i 58 anni. Le diagnosi di asse I sono state formulate utilizzando la *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders – Clinician Version* (SCID-CV).

A ciascun paziente è stata somministrata da medici specialisti o specializzandi adeguatamente formati allo scopo la *Semi-structured Clinical Interview for Temperament* (TEMPS-I) di Akiskal nella sua versio-

ne italiana di Placidi et al.²². Questa scala, da compilare in eterosomministrazione, indaga la presenza dei temperamenti affettivi e comprende 7 items per il temperamento depressivo, 10 per il temperamento ciclotimico, 7 per il temperamento ipertimico e 8 per quello irritabile. Al valutatore è richiesto di analizzare la presenza di determinate caratteristiche, indicandole con “vero” o “falso” a seconda se siano state “presenti in maniera persistente nei periodi liberi da episodi affettivi”. Per valutare la presenza di un temperamento di grado “estremo” sono stati utilizzati i valori di cut-off pubblicati in letteratura da Akiskal et al.²³ e Placidi et al.²² come più probabilmente attendibili; in particolare per i temperamenti depressivo e ciclotimico è stata utilizzata una soglia “pesata” sulla base della positività agli item maggiormente predittivi.

Per la valutazione degli spettri di patologia sottosoglia, a ciascun paziente è stata somministrata la *General 5-Spectrum Measure* (GSM-V), un’intervista in autosomministrazione che comprende in maniera riassuntiva i cinque domini relativi a ciascuno spettro di patologia per un totale di 54 item, selezionati tra quelli che determinano la proporzione maggiore della varianza nei punteggi totali dei relativi spettri completi. La GSM-V è stata elaborata da Rucci et al.²⁴ appositamente come alternativa affidabile ai questionari di spettro completi in modo che potesse fungere da *pre-test* per l’individuazione degli spettri che più verosimilmente possono essere presenti e che successivamente sono da indagare in maniera estensiva.

Ciascun paziente ha quindi ricevuto il questionario completo, nella forma in autosomministrazione, relativo a ciascuno spettro (MOODS-SR, PAS-SR, ABS-SR, OBS-SR, SHY-SR) che presentava alla GSM-V un punteggio superiore ai 2/3 degli item totali. Secondo tale procedura sono stati somministrati, in base ai punteggi della GSM-V: 44 MOODS-SR, 12 PAS-SR, 10 ABS-SR, 12 OBS-SR, 22 SHY-SR.

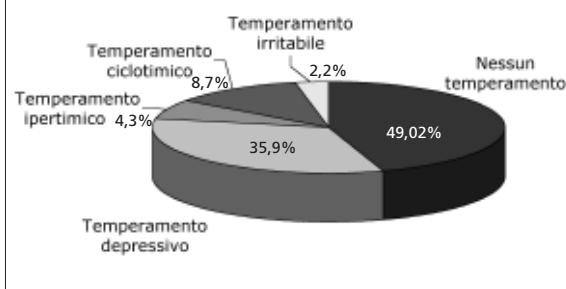
Per analizzare i questionari di patologia sottosoglia completi, sono stati utilizzati valori di riferimento – di carattere ancora sperimentale e indicativo – come “soglia” di positività per la presenza clinicamente significativa di manifestazioni dei relativi spettri di patologia^{19 24}. In tal modo, il campione presentava: su 44 MOODS-SR somministrati, 34 con un punteggio al di sopra della soglia di positività per lo spettro dell’umore; su 12 PAS-SR somministrati, 7 con un punteggio al di sopra della soglia per lo spettro panico-agorafobico; su 12 OBS-SR somministrati, 9 con un punteggio al di sopra della soglia per lo spettro ossessivo-compulsivo; e su 22 SHY-SR somministrati, 12 con un punteggio al di sopra della soglia per lo spettro fobico sociale. Non è stato possibile effettuare tale valutazione per lo spettro anoressico-bulimico per il quale non siamo a conoscenza di indicazioni esistenti di una “soglia” di riferimento per la significatività clinica.

Risultati

Innanzitutto è stata analizzata la prevalenza dei diversi temperamenti all'interno dell'intero campione considerato. Ne è risultato che 47 pazienti su 92 (51,08%) presentavano caratteristiche temperamentali specifiche definibili come "estreme", ovvero hanno totalizzato un punteggio superiore alla soglia di positività per uno dei temperamenti affettivi. Tra questi 47 pazienti, 33 (pari al 35,9% del campione totale) presentavano un temperamento depressivo, 8 (pari al 8,7% del campione totale) presentavano un temperamento ciclotimico, 4 (pari al 4,3% del campione totale) presentavano un temperamento ipertimico e 2 (pari al 2,2% del campione totale) presentavano un temperamento irritabile. Nei rimanenti 45 pazienti (49,02%) non è stato riscontrato alcun temperamento specifico (Fig. 1).

Seppure il nostro interesse principale, come precedentemente accennato, fosse rivolto alla comprensione dei rapporti tra le diverse espressioni della psicopatologia sottosoglia rispetto ai temperamenti affettivi, è stata comunque indagata la distribuzione dei temperamenti affettivi tra i diversi raggruppamenti diagnostici rappresentati nel nostro campione. Questo sulla scia degli studi che evidenziano la presenza e l'importanza di determinati temperamenti affettivi anche in pazienti affetti da disturbi d'ansia e non solo all'interno dei disordini dell'umore. Sono stati

Fig. 1. Distribuzione dei temperamenti affettivi nel campione analizzato. *Affective temperament distribution in the clinical sample.*



quindi selezionati, all'interno del campione di 92 pazienti, i 73 pazienti appartenenti ai disturbi maggiormente rappresentati, che nello specifico comprendevano: 27 individui con disturbi dell'umore, 16 soggetti con disturbo di panico, 16 con disturbi dell'adattamento, 8 con disturbo ossessivo-compulsivo, 6 con disturbo della condotta alimentare. Anche nel nostro campione la presenza di caratteristiche temperamentali specifiche non è limitata ai pazienti con disturbi dell'umore, dato che tra questi solo 11 su 27 avevano un temperamento affettivo "estremo", mentre 9 su 16 pazienti con disturbo di panico e 5 su 8 pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo rientravano

Tab. I. Distribuzione dei pazienti con e senza temperamento affettivo estremo tra i principali raggruppamenti diagnostici del campione. *Patients with and without affective temperaments in the diagnostic groups present in the sample.*

		RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI					Totale
		Dist. Umore	Dist. Panico	Dist. Adattamento	Dist. Ossessivo-Compulsivo	Dist. Condotta Alimentare	
Con temp. affettivo	N. pazienti	11	9	5	8	2	35
	N. atteso	12,9	7,7	3,8	7,7	2,9	35
	% delle diagnosi tra i pz con temp. affettivo	31,4%	25,7%	14,3%	22,9%	5,7%	100%
estremo	% pz dei temp. affettivi all'interno delle diagnosi	40,7%	56,3%	62,5%	50%	33,3%	47,9%
Senza temp. specifico	N. pazienti	16	7	3	8	4	38
	N. atteso	14,1	8,3	4,2	8,3	3,1	38
	% delle diagnosi tra i pz senza temp. affettivo	42,1%	18,4%	7,9%	21,1%	10,5%	100%
	% dei temp. affettivi all'interno delle diagnosi	59,3%	43,8%	37,5%	50%	66,7%	52,1%
Totale		27	16	8	16	6	73

nel gruppo con caratteristiche temperamentali clinicamente significative (Tab. I).

Per verificare se all'interno di tale distribuzione vi fossero rapporti significativi tra temperamenti e diagnosi sono stati effettuati i test del Chi Quadrato e l'analisi della varianza mediante ANOVA, che non hanno rilevato alcuna relazione significativa.

Volendo descrivere invece i rapporti tra temperamenti affettivi e spettri di patologia sottosoglia, innanzitutto è stata osservata, anche nel nostro campione, una correlazione positiva tra i punteggi presenti nelle diverse sessioni della GSM e i punteggi agli spettri corrispondenti, confermando la validità della GSM quale strumento orientativo per la descrizione del sottosoglia. Quindi è risultato che tra i 33 pazienti con temperamento depressivo, 11 hanno presentato un punteggio significativo, ovvero superiore alla soglia considerata, allo spettro dell'umore, 4 allo spettro ossessivo-compulsivo, 2 allo spettro panico-agorafobico e 6 allo spettro fobico-sociale; tra i 5 pazienti con temperamento ipertimico, 2 hanno presentato un punteggio significativo allo spettro dell'umore, 1 allo spettro panico-agorafobico e 1 allo spettro fobico-sociale; nel gruppo degli 8 pazienti con temperamento ciclotimico, invece, 5 hanno presentato un punteggio significativo allo spettro dell'umore, 4 allo spettro ossessivo-compulsivo e 1 allo spettro panico-agorafobico; mentre ambedue i pazienti con temperamento irritabile hanno presentato un punteggio significativo allo spettro dell'umore. Analizzando nel complesso il gruppo di pazienti con caratteristiche temperamentali estreme e la distribuzione degli spettri di patologia sottosoglia è risultato che tra i pazienti con temperamento affettivo

estremo 20 (45,5%) presentavano uno spettro dell'umore significativo, 5 (41,7%) uno spettro ossessivo-compulsivo significativo, 4 (33,3%) uno spettro panico-agorafobico significativo e 7 (31,8%) uno spettro fobico-sociale significativo. Infine, tra i pazienti senza caratteristiche temperamentali rilevanti, 14 (31,8%) pazienti hanno presentato un punteggio significativo allo spettro dell'umore, 4 (33,3%) allo spettro ossessivo-compulsivo, 3 (25%) allo spettro panico-agorafobico e 5 (22,7%) allo spettro fobico-sociale (Tab. II).

Quindi, dei pazienti che presentavano punteggi significativi allo spettro dell'umore (34 pazienti, sui 44 a cui era stato consegnato il MOODS-SR in base ai punteggi della GSM), 20 avevano anche caratteristiche temperamentali "estreme" e 14 no. Analizzando questi dati con il test del Chi Quadrato risultava una correlazione significativa ($p = 0,031$; $OR = 5,174$; $IC = 1,051 \div 31,07$) tra la presenza di un temperamento affettivo estremo e un punteggio rilevante allo spettro dell'umore (Tab. III). All'analisi del Chi Quadrato non emergevano invece correlazioni significative tra la presenza o meno di temperamento affettivo e un punteggio rilevante a uno degli altri spettri di patologia sottosoglia.

In conclusione, nessuno dei temperamenti è risultato correlato in maniera statisticamente significativa con nessuno dei disturbi conclamati presenti nel nostro campione. I pazienti con temperamento affettivo estremo avrebbero invece una probabilità maggiore, sebbene non di molto, di totalizzare un punteggio significativo al questionario per lo spettro dell'umore rispetto a quelli senza temperamento affettivo. Vi sarebbe cioè una percentuale maggiore di pazienti con

Tab. II. Distribuzione degli spettri sottosoglia (MOODS-SR, SHY-SR, OBS-SR, PAS-SR) tra i gruppi di pazienti con e senza temperamento affettivo estremo. *Distribution of subthreshold spectrum symptoms' among patients with and without affective temperament.*

		Pazienti con punteggio al MOODS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	Pazienti con punteggio al OBS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	Pazienti con punteggio al PAS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	Pazienti con punteggio al SHY-SR superiore alla soglia indicativa di significatività
Temperamento affettivo estremo	N. pazienti % sul totale	20 45,5%	5 41,7%	4 33,3%	7 31,8%
Nessun temperamento specifico	N. pazienti % sul totale	14 31,8%	4 33,3%	3 25%	5 22,7%
Totale		34/44	9/12	7/12	12/22
n. spettri significativi/ n. spettri consegnati					

Tab. III. Correlazione tra temperamento affettivo estremo e positività allo spettro dell'umore (MOODS-SR). *Correlation between extreme affective temperament and significant mood spectrum score (MOODS-SR).*

		Pazienti con punteggio al MOODS-SR superiore alla soglia di significatività	Pazienti con punteggio MOODS-SR non significativo	Totale
Temperamento affettivo estremo	N. pazienti	20	2	22
	% sul totale	45,5%	4,5%	50%
Nessun temperamento specifico	N. pazienti	14	8	22
	% sul totale	31,8%	18,2%	50%
Totale		34	10	44

Pearson Chi-Quadrato = 0,031; OR = 5,714 (IC = 1,051 ÷ 31,072)

spettro dell'umore positivo tra quelli con un temperamento affettivo estremo, anche se dall'analisi statistica tale legame non risulta molto forte.

Discussione

Innanzitutto, è necessario premettere che i risultati riportati nel presente studio risentono dei limiti rappresentati da un campione di modesta numerosità e non omogeneo in termini di sottogruppi diagnostici e numero di questionari distribuiti per ciascuno spettro sottosoglia. Tali limiti ci consentono quindi di compiere soprattutto osservazioni di carattere descrittivo, che suggeriscono raffronti con altre ricerche presenti in letteratura ma non sono ancora corroborate da sufficiente significatività statistica.

La presenza complessiva di caratteristiche temperamentali specifiche nel nostro campione (51,08%) risulta superiore rispetto a quanto rilevato in altri studi, dove queste si attestavano tra il 24% di Ramacciotti et al.²⁵ in un campione di 49 pazienti affetti da disturbi alimentari e il 33,7% di Maina et al.²⁶ in un campione di 80 pazienti depressi.

Per quanto riguarda la percentuale di pazienti con temperamento depressivo, i nostri valori (35,9%) si discostano da quelli rilevati in un esteso campione di popolazione sana giovanile italiana (3,6%) analizzato da Placidi et al. Studi effettuati su popolazioni cliniche riportano invece valori di temperamento depressivo più vicini a quelli da noi riscontrati, compresi tra il 29,9% di Klein²⁷ e il 58% per il disturbo depressivo di personalità di Keller²⁸. In uno studio recente di Akdeniz et al.²⁹ su un campione di pazienti affetti da disturbi dell'umore, il 25% dei pazienti affetti da depressione maggiore ri-

corrente, il 12% dei pazienti affetti da depressione maggiore, episodio singolo, e il 2,4% dei pazienti affetti da disturbo bipolare risultavano avere un temperamento depressivo. Nel complesso si può ipotizzare che il temperamento depressivo predisponga o si ritrovi associato ad una più alta morbilità psichiatrica e pertanto si riscontri in percentuali maggiori nelle popolazioni di pazienti psichiatrici a confronto con la popolazione generale. Tuttavia è anche probabile che in realtà tali valori significativi, riferiti alla presenza di temperamento depressivo in popolazioni cliniche, siano dovuti all'influenza sulla misurazione dei tratti temperamentali della condizione di stato dei pazienti.

Tale osservazione non sembra valere per gli altri temperamenti, laddove i valori riscontrati nel nostro campione clinico (8,7% con temperamento ciclotimico, 4,3% con temperamento ipertimico) non si allontanano molto da quelli individuati negli studi di Placidi et al. effettuati sulla popolazione generale che descrivevano un 8,2% per il temperamento ipertimico e 6,3% per il temperamento ciclotimico, anche se nel nostro campione prevale la numerosità dei soggetti con temperamento ciclotimico. Anche in uno studio recente, svolto su un campione di pazienti depressi da Maina et al.²⁶, il temperamento più rappresentato è risultato quello ciclotimico, con una percentuale piuttosto alta pari al 16,3%. Altri studi clinici di Cassano et al.³⁰ hanno descritto un 10,3% di pazienti con temperamento ipertimico su un campione di 687 pazienti precedentemente diagnosticati come affetti da disturbo depressivo maggiore. Infine in una ricerca condotta da Hantouche et al.¹⁰ su 628 pazienti affetti da disturbo ossessivo-compulsivo, ben il 50% risultava avere un temperamento ciclotimico, suggerendo l'esistenza di un vero e proprio sottotipo

del disturbo, caratterizzato da tale temperamento in associazione ad altre caratteristiche cliniche.

Il temperamento irritabile, infine, appare molto raro anche nel nostro studio, confermando l'osservazione di altri autori per cui il profilo descritto nell'attuale scala dei temperamenti affettivi sia da rivedere e riconsiderare sia da un punto di vista concettuale, per la sovrapposizione con alcuni item presenti nel temperamento ciclotimico e per il carattere estremo delle caratteristiche descritte, sia nella formulazione pratica degli item.

Nessuno dei temperamenti è risultato correlato in maniera statisticamente significativa con nessuno dei disturbi rappresentati nel campione, né a livello di disturbi conclamati rappresentati dai raggruppamenti diagnostici cui appartenevano i pazienti, né a livello

di psicopatologia sottosoglia valutata tramite i questionari di spettro.

Considerando i temperamenti come parte dello spettro dei disturbi affettivi ci si aspetterebbe una loro particolare correlazione con il resto delle manifestazioni del medesimo spettro, sia in termini di disturbo conclamato che di tutta la fenomenica di spettro per com'è descritta nel questionario MOODS-SR. Ciò non risulta rispetto alla patologia conclamata, mentre, in effetti, tra i casi con temperamento affettivo specifico si rileva una probabilità lievemente maggiore di casi che superavano la soglia di significatività anche per lo spettro completo (Tab. III). D'altro canto, confrontando in che percentuale sono rappresentati tutti gli spettri sottosoglia all'interno del gruppo con temperamento affettivo estremo, lo

Tab. IV. Distribuzione degli spettri di psicopatologia sottosoglia nel sottogruppo di pazienti con temperamento depressivo. *Distribution of subthreshold spectrum symptoms among patients with depressive temperament.*

Pazienti con temperamento depressivo	Pazienti con punteggio al PAS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	Totale pazienti che hanno ricevuto il PAS-SR
Numero pz	2	3
% pz con positività al PAS-SR nel gruppo con temp. depressivo	66,7%	
% pz con temp. depressivo nel gruppo con positività al PAS-SR	28,6%	
	Pazienti con punteggio al MOODS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	totale pazienti che hanno ricevuto il MOODS-SR
Numero pz	11	13
% pz con positività al MOODS-SR nel gruppo con temp. depressivo	84,6%	
% pz con temp. depressivo nel gruppo con positività al MOODS-SR	32,4%	
	Pazienti con punteggio al SHY-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	totale pazienti che hanno ricevuto il SHY-SR
Numero pz	6	7
% pz con positività al SHY-SR nel gruppo con temp. depressivo	85,7%	
% pz con temp. depressivo nel gruppo con positività al SHY-SR	50,0%	
	Pazienti con punteggio al OBS-SR superiore alla soglia indicativa di significatività	totale pazienti che hanno ricevuto il OBS-SR
Numero pz	4	6
% pz con positività al OBS-SR nel gruppo con temp. depressivo	66,7%	
% pz con temp. depressivo nel gruppo con positività al OBS-SR	44,4%	

spettro dell'umore è il più rappresentato ma non in maniera particolarmente rilevante (soprattutto tenuto conto dei piccoli numeri di spettri a disposizione) (Tab. II).

Si può ipotizzare dunque, in base al campione clinico da noi considerato, che la patologia affettiva sottosoglia si ritrovi maggiormente rappresentata, seppur in maniera non esclusiva, nei pazienti con temperamenti affettivi. In tal senso esiste una correlazione tra la psicopatologia affettiva sottosoglia valutata nell'aspetto dei temperamenti (tramite l'intervista TEMPS-I) e la psicopatologia affettiva sottosoglia valutata attraverso lo spettro dell'umore completo (tramite il questionario MOODS-SR). Quest'ultimo strumento individua un numero ulteriore di pazienti con manifestazioni sottosoglia dei disturbi dell'umore, evidentemente diverse dal temperamento, in linea con i suoi presupposti teorici, più di quanto il questionario dei temperamenti affettivi individui pazienti con temperamento estremo che non presentano uno spettro dell'umore significativo nel suo complesso. Quest'ultima osservazione in particolare andrebbe corroborata superando il *bias* che potrebbe essere stato prodotto dall'uso della GSM.

Se vi è quindi una certa correlazione tra temperamenti affettivi e spettro dell'umore, tuttavia è importante rilevare anche come i pazienti con temperamento affettivo presentino anche percentuali non trascurabili di significatività agli spettri relativi ai disturbi d'ansia. Ad esempio, nel gruppo con temperamento depressivo si rileva una percentuale rilevante – pur tenendo conto dei numeri esigui della casistica – di significatività dei punteggi agli spettri fobico-sociale e ossessivo-compulsivo (Tab. IV) e il 25,7% dei pazienti con temperamento affettivo aveva diagnosi di disturbo di panico (Tab. I). È evidente quindi come anche nel nostro campione la presenza dei temperamenti affettivi si estende oltre la patologia dell'umore e in particolare tra i disturbi d'ansia sia conclamati che sottosoglia.

Tale dato, unitamente alla letteratura che recentemente ha posto l'attenzione su come caratteristiche temperamentali o di spettro influenzino l'espressione, il decorso e la responsività alla terapia di un disturbo, ribadisce l'importanza di porre attenzione anche a queste potenziali "comorbidità sottosoglia" nella valutazione clinica dei pazienti.

Conclusioni

Pur sottolineando nuovamente i limiti del presente studio insiti nel campione a nostra disposizione, è possibile trarre alcune osservazioni conclusive, utili soprattutto quale spunto per indagini successive. Da un lato, è evidente una certa ridondanza nell'uso

contemporaneo della scala dei temperamenti affettivi e del questionario per lo spettro dell'umore, che potrebbe essere in grado di cogliere anche la dimensione temperamentale. Infatti, solo una minima percentuale (4,5%) di pazienti con temperamento affettivo estremo alla scala TEMPS-I non hanno visto confermato tale dato anche al questionario dello spettro dell'umore MOODS-SR. Questa minima discrepanza – se confermata superando il *bias* dovuto all'uso della GSM – potrebbe rientrare nel margine di errore inevitabile quando si fa uso di uno strumento in eterosomministrazione come il TEMPS-I. Il questionario di spettro MOODS-SR appare comprensivo di maggiori elementi e in grado di cogliere più sfumature, nell'obiettivo di individuare un numero maggiore di casistica con caratteristiche affettive sottosoglia clinicamente rilevanti. Inoltre è necessario considerare alcuni limiti della scala dei temperamenti affettivi, primo fra tutti quello di quanto le risposte siano falsate dalle condizioni di stato e in particolare dallo stato di malattia, un problema comunque proprio di qualsiasi strumento finalizzato ad individuare tratti o caratteristiche presenti in maniera longitudinale. Una probabile distorsione dei risultati in tal senso si riscontra, come già detto, soprattutto nel caso del temperamento depressivo. Sarebbe interessante verificare se invece l'uso del questionario per lo spettro dell'umore per ricercare la presenza di elementi depressivi sottosoglia non possa ovviare a tale limite, anche se solo in parte. Infatti, alcune caratteristiche del MOODS-SR come l'essere più dettagliato, il richiedere in maniera specifica e ripetuta di evidenziare elementi presenti in maniera ricorrente e significativa *lifetime*, piuttosto che chiedere genericamente di evidenziare elementi "del carattere" del paziente, potrebbero forse ridurre la sovrastima dei tratti depressivi in pazienti psichiatrici. Inoltre, i diversi temperamenti non sempre appaiono come ben definiti e diversificati tra di loro, come si è visto in particolare per il temperamento irritabile.

Avendo ben presenti le diversità d'impostazione concettuale alla base dei due strumenti, nell'intento pratico di individuare le varie manifestazioni della patologia affettiva potenzialmente rilevanti a fini clinici, lo strumento del MOODS-SR appare forse meno specifico ma più completo. Tale questionario, per quanto richieda un maggior tempo per la compilazione, racchiude tutte le manifestazioni delle due polarità affettive ed elimina ambiguità riguardo a una propria collocazione nell'ambito della psicopatologia, ambiguità che rimane in misura maggiore quando si parla solo di temperamento.

Infine, ciò che in realtà è altrettanto importante ribadire riguarda la compresenza anche nel nostro campione dei temperamenti affettivi e della positività allo spettro dell'umore con disturbi conclamati e posi-

tività per spettri sottosoglia appartenenti all'ambito dei disturbi d'ansia. In tal senso i questionari sui temperamenti, magari nella più recente forma in autovalutazione, possono servire a uno screening più rapido per uno specifico rischio di patologia affettiva; mentre tutti i questionari di spettro possono configurare uno strumento che – soprattutto se reso più

maneggevole – potrebbe aiutare nella pratica clinica a delineare in maniera più replicabile e meno soggettiva le specificità e individualità di ciascun quadro clinico e di conseguenza a orientare in maniera sempre più personalizzata le terapie e fornire elementi preziosi per ipotizzare l'andamento nel tempo di un disturbo.

Bibliografia

- 1 Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: E&S Livingstone 1921.
- 2 Buss AH, Plomin R. *Temperament: early developing personality traits*. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1984.
- 3 Derryberry D, Rothbart M. *Arousal, affect and attention as components of temperament*. *J Pers Soc Psychol* 1988;55:958-66.
- 4 Thomas A, Chess S. *Temperament and personality*. In: Kohnstamm GA, Bates JE, Rothbart MK, eds. *Temperament in childhood*. Chichester: Wiley 1977, pp. 249-62.
- 5 Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Akiskal HS. *A prospective study of stability and change over 2 years of affective temperaments in 14-18-year-old Italian high school students*. *J Affect Disord* 1998;51:199-208.
- 6 Akiskal HS. *Dysthymia and cyclothymia in psychiatric practice a century after Kraepelin*. *J Affect Disord* 2001;62:17-31.
- 7 Akiskal HS, Hantouche EG, Bougeois ML, Ajorm JM, Sechter D, Allilaire JF, et al. *Gender, temperament and the clinical picture in dysphoric mixed mania: findings from a French national study (EPIMAN)*. *J Affect Disord* 1998;50:175-86.
- 8 Perugi G, Maremmani I, Toni C, Madaro D, Mata B, Akiskal HS. *The contrasting influence of hyperthymic and depressive temperaments on psychometrically derived manic subtypes*. *Psychiatry Res* 2001;101:249-58.
- 9 Akiskal HS, Hantouche EG, Allilaire JF. *Bipolar II with and without cyclothymic temperament: the "dark" and "sunny" expressions of soft bipolarity*. *J Affect Disord* 2003;73:49-57.
- 10 Hantouche EG, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lanrenon S, Akiskal HS. *Cyclothymic OCD: a distinct form?* *J Affect Disord* 2003;75:1-10.
- 11 Perugi G, Akiskal HS. *The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions*. *Psychiatr Clin North Amer* 2002;25:713-37.
- 12 Rucci P, Maser JD. *Instrument development in the Italy-USA Collaborative Spectrum Project*. *Epidemiol Psichiatria Sociale* 2000;4:249-56.
- 13 Fagiolini A, Dell'Osso L, Pini S, Armani A, Bouanani S, Rucci P, et al. *Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI-MOODS)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:71-82.
- 14 Cassano GB, Banti S, Mauri M, Dell'Osso L, Miniati M, Maser JD, et al. *Internal consistency and discriminant validity of the Structured Clinical Interview for Panic Agoraphobic Spectrum (SCI-PAS)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 1999;8:138-45.
- 15 Shear MK, Frank E, Rucci P, Fagiolini A, Grochocinski V, Houck P, et al. *Panic-agoraphobic spectrum: reliability and validity of assessment instruments*. *J Psychiatric Res* 2001;35:59-66.
- 16 Mauri M, Borri C, Baldassarri S, Benvenuti A, Rucci P, Cassano GB, et al. *Acceptability and psychometric properties of the Structured Clinical Interview for Anorexic-Bulimic Spectrum (SCI-ABS)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000;9:68-78.
- 17 Dell'Osso L, Cassano GB, Sarno N, Millafranchi A, Pfanner C, Gemignani A, et al. *Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Obsessive-Compulsive Spectrum (SCI-OBS) and of the Structured Clinical Interview for Social Phobia Spectrum (SCI-SHY)*. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000;9:11-24.
- 18 Cassano GB, Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Dell'Osso L, Shear MK, et al. *The Mood Spectrum in Unipolar and Bipolar Disorders: arguments for a unitary approach*. *Am J Psychiatry* 2004;161:1264-9.
- 19 Frank E, Cyranowski JM, Rucci P, Shear MK, Fagiolini A, Thase ME, et al. *Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with Bipolar I Disorder*. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:905-11.
- 20 Frank E, Shear MK, Rucci P, Cyranowski JM, Endicott J, Fagiolini A, et al. *Influence of panic-agoraphobic spectrum symptoms on treatment response in patients with recurrent major depression*. *Am J Psychiatry* 2000;157:1101-7.
- 21 Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. *Re-evaluating the prevalence and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders*. *J Affect Disord* 2000;59:S5-S30.
- 22 Placidi GF, Signoretta S, Liguori A, Gervasi M, Maremmani I, Akiskal HS. *The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I): reliability and psychometric properties in 1010 14-26-year-old students*. *J Affect Disord* 1998;47:1-10.
- 23 Akiskal HS, Placidi GF, Maremmani I, Signoretta S, Liguori A, Gervasi R, et al. *TEMPS-I: delineating the most discriminant traits of the cyclothymic, depressive, hyperthymic and irritable temperaments in a nonpatient population*. *J Affect Disord* 1998;51:7-19.
- 24 Rucci P, Frank E, Fagiolini A, Kupfer DJ, Shear MK, Dell'Osso L, et al. *Development and preliminary testing of General 5-Spectrum Measure (GSM-V)*. *Depress Anxiety* 2003;18:109-17.
- 25 Ramacciotti CE, Paoli RA, Chiapparelli A, Marcacci G, Placidi GE, Dell'Osso L, et al. *Affective temperament in eating disorders*. *Eat Weight Disord* 2004;9:114-9.

- ²⁶ Maina G, Corner F, Rosso G, Salvi V, Bogetto F. *Caratteristiche temperamentalì in un campione di 80 pazienti depressi*. Giorn Ital Psicopat 2003;9:157-62.
- ²⁷ Klein DN. *Depressive personality: reliability, validity and relation to dysthymia*. J Abnorm Psychol 1990;99:412-21.
- ²⁸ Keller MB. *Course, outcome and impact on the community*. Acta Psychiatr Scand 1994;89(Suppl 383):24-34.
- ²⁹ Akdeniz F, Kesebir S, Vahip S, Gonul AS. *Is there a relationship between mood disorders and affective temperaments?* Turk Psikiyatri Derg 2004;15:183-90.
- ³⁰ Cassano GB, Akiskal HS, Savino M, Musetti L, Perugi G. *Proposed subtypes of bipolar II and related disorders: with hypomanic episodes (or cyclothymia) and with hyperthymic temperament*. J Affect Disord 1992;26:127-40.