

Rischio suicidario in pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo: il ruolo dell'alessitimia e dell'insight

Suicide risk among patients with obsessive-compulsive disorder: the role of alexithymia and insight

D. De Berardis^{1,2}, N. Serroni²,
D. Campanella^{1,2}, A. Carano¹,
M. Caltabiano², A.M. Pizzorno²,
A. Valchera³, L. Tancredi³,
G. Sepede¹, F. Gambi¹,
R. La Rovere¹, R.M. Salerno¹,
F.S. Moschetta², F.M. Ferro¹

¹Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio" di Chieti;

²Dipartimento di Salute Mentale, Ospedale Civile "G. Mazzini", ASL Teramo; ³Casa di Cura "S. Giuseppe", Ascoli Piceno

Summary

Objective

To our knowledge, there are very limited data on suicidal ideation in obsessive-compulsive disorder, despite it is a common psychiatric condition that often runs a chronic course with high rates of comorbidity and treatment nonresponse. Moreover, no studies have, to date, evaluated the role of alexithymia and insight in determining suicidal ideation among these patients. Therefore, the aim of our study was to evaluate suicidal ideation and the relationships with alexithymia and insight in a sample of adult outpatients with obsessive-compulsive disorder.

Methods

A sample of 86 adult outpatients with DSM-IV diagnosis of obsessive-compulsive disorder (44 women and 42 men with a mean age of 36.2 ± 13.0 years), has been evaluated with a series of rating scales such as the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, the Toronto Alexithymia Scale, the Scale for Suicide Ideation and the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale. The score of item #11 on the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale was considered as a measure of insight and scores of ≥ 3 were considered to mark the boundary between illness awareness and no awareness. Scores of ≥ 61 on the Toronto Alexithymia Scale were considered to be within the alexithymic range. As made in previous studies, scores > 5 on the SSI were used to define a person with current suicide risk.

Results

There were no significant gender differences concerning demographic and clinical variables. 30 subjects (34.9%) were categorized as alexithymic and showed earlier onset, longer duration of illness and more likelihood to have a chronic course than nonalexithymics; they also scored higher on the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale and the Scale for Suicide Ideation (Table I). Alexithymics without insight ($n = 21$) scored higher on the Scale for Suicide Ideation than alexithymics with insight ($n = 9$), nonalexithymics without insight ($n = 5$) and nonalexithymics with insight ($n = 51$) (Fig. 1). Partial correlations between the Toronto Alexithymia Scale (and its subscales) and other dimensional variables, controlling for gender, age, illness duration and age at onset, showed that the Toronto Alexithymia Scale total score and Difficulty in Identifying Feelings/Difficulty in Describing Feelings subscales correlated with all study variables, whereas Externally Oriented Thinking correlated with the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale and its subscales (including item#11) but not with scores on the Scale for Suicide Ideation and on the Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (Table II). Results of a linear regression showed that chronic obsessive-compulsive disorder course together with Difficulty in Identifying Feelings dimension of Toronto Alexithymia Scale and higher Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale scores were significantly associated with higher scores on the Scale for Suicide Ideation (Table III).

Key words

Obsessive compulsive disorder • Alexithymia • Insight • Depressive symptoms • Suicide risk • Suicide ideation

Corrispondenza

Domenico De Berardis, Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria, Università "G. D'Annunzio", Palazzina SE.BI., Scuole di Specializzazione, via dei Vestini 31, 66013 Chieti Scalo, Italia • Tel. +39 0871 3556750 • Fax +39 0871 3556721 • E-mail: dodebera@aliceposta.it

Conclusions

Suicidal ideation is frequent among adult outpatients with obsessive-compulsive disorder and similar to that reported in affective disorders, schizophrenia and substance abuse. Alexithymia and depressive symptoms were highly correlated in obsessive-compulsive disorder patients and were significantly associated with higher suicide risk. The Difficulty in Identifying Feelings dimension of Toronto Alexithymia Scale appears to be significantly associated with presence

of suicidal ideation as well as chronic course of the disorder. The Externally Oriented Thinking dimension of Toronto Alexithymia Scale appeared to be a variable fairly independent from depressive symptoms and suicidal ideation but was closely related to the severity of the disorder. Insight alone seems not to play a direct role in increasing suicide risk, but may have some relevance when associated with alexithymia. However, further longitudinal studies on larger samples are needed to definitely clarify this topic.

Introduzione

Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) è un disturbo psichiatrico relativamente comune caratterizzato spesso da un decorso cronico, da un alto tasso di comorbidità e, frequentemente, anche da una relativa resistenza ai trattamenti^{1,2}. La presenza di DOC esercita un significativo effetto negativo sulla qualità di vita di chi ne soffre, con ripercussioni sulla sua vita sociale e sulla famiglia³. Si deve rimarcare come esso sia associato, inoltre, a un più basso tasso di matrimonio e a un maggiore rischio di divorzio⁴.

Storicamente, il DOC è stato sempre considerato a basso rischio di suicidio anche se sorprendentemente, vista la frequenza di questo disturbo nella popolazione, vi sono relativamente pochi studi che hanno indagato questo aspetto. La maggior parte dei lavori ha mostrato che meno dell'1% di questi pazienti si suicida, anche se il suicidio è una preoccupazione comune dei soggetti affetti da DOC, vissuta usualmente come una paura egodistonica di cedere a impulsi autodistruttivi^{5,6}. Quindi il suicidio è stato considerato poco frequente nei pazienti affetti da DOC proprio perché essi sono molto vigili sulle loro ossessioni aggressive e tendono all'evitamento del danno⁷. La maggior parte degli studi che hanno esaminato le relazioni tra suicidio e DOC si sono inoltre focalizzati soprattutto sulla comorbidità con disturbi dell'umore^{5,8}.

In ricerche più recenti è invece emerso che i pazienti affetti da DOC presentano un rischio suicidario relativamente più alto rispetto alla popolazione generale. Rudd et al.⁹ hanno messo in evidenza come il 26,7% di pazienti che avevano tentato il suicidio abbia ricevuto una diagnosi di DOC. Inoltre nel *National Institute of Mental Health Epidemiolo-*

*gic Catchment Area Study*¹⁰, il DOC era associato ad un più elevato rischio di suicidio anche senza la presenza di comorbidità per depressione maggiore o agorafobia. Recentemente una meta-analisi del database della *U.S. Food and Drug Administration* su pazienti che avevano partecipato a *trials* sull'efficacia di nuovi farmaci aveva messo in evidenza che il rischio suicidario nei disturbi d'ansia (incluso il DOC) è significativamente più alto rispetto a quello della popolazione generale¹¹. Questo dato è stato confermato anche da altri studi¹². Recentemente, Maina et al.¹³ hanno mostrato come nei pazienti affetti da DOC l'ideazione suicidaria sia presente nel 26,4% dei casi esaminati dato simile a quello riportato in altri studi¹⁴.

Il termine alessitimia, di derivazione greca, significa letteralmente "mancanza di parole per le emozioni"¹⁵. Il concetto di alessitimia è stato formulato per descrivere quelle persone che presentano disturbi della sfera affettivo-cognitiva che influiscono sulla capacità di comunicare i propri sentimenti¹⁶. L'incapacità ad identificare e ad elaborare i propri sentimenti si associa ad una tendenza a manifestare somaticamente le emozioni ed a minimizzarne le componenti affettive¹⁷. Questi soggetti, di conseguenza, tendono ad avere un'amplificazione somatosensoriale ed attribuiscono (in maniera anomala) le sensazioni somatiche a possibili sintomi di una grave malattia fisica¹⁸. La coscienza delle emozioni come segnali potenziali di accadimenti interiori, così come l'identificazione delle sensazioni somatiche come concomitanti somatiche delle emozioni, dipende, in larga misura, dal modo in cui le informazioni sono elaborate dal Sistema Nervoso Centrale^{19,20}.

Il costrutto dell'alessitimia si compone di quattro importanti caratteristiche: 1) difficoltà nell'identifi-

care i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva; 2) difficoltà nel descrivere agli altri i propri sentimenti; 3) processi immaginativi limitati, evidenziati dalla povertà delle fantasie; 4) stile cognitivo legato allo stimolo e orientato all'esterno²¹. È stato inoltre dimostrato che, nella popolazione adulta, l'alessitimia risulta essere un tratto relativamente stabile nel tempo indipendentemente dalle eventuali condizioni psicopatologiche concomitanti²². L'alessitimia è stata correlata in diversi studi alla presenza di disturbi psichiatrici ivi incluso il DOC²³⁻²⁵ ed è stato dimostrato che può costituire fattore predisponente all'insorgenza di sintomi depressivi²⁶⁻²⁷. Inoltre alcuni lavori hanno messo in evidenza che la presenza di alessitimia può essere correlata allo sviluppo di ideazione suicidaria²⁸ e/o a veri e propri tentativi di suicidio anche in pazienti con disturbi d'ansia²⁹, probabilmente per la maggiore vulnerabilità depressiva dei soggetti ansiosi alessitimici rispetto ai non alessitimici³⁰. Alla luce delle sopraesposte considerazioni, gli scopi del presente studio sono stati i seguenti:

1. valutare la prevalenza dell'alessitimia, dell'ideazione suicidaria e dell'*insight* presente o assente nei pazienti affetti da DOC;
2. valutare le differenze base tra alessitimici e non per quanto riguarda gravità del disturbo, presenza/assenza di *insight*, ideazione suicidaria e sintomi depressivi;
3. valutare le interrelazioni tra l'alessitimia e le sue dimensioni e le sopraddette variabili psicopatologiche;
4. identificare eventuali fattori predittivi associati al possibile sviluppo di ideazione suicidaria.

Metodi

Soggetti

La ricerca è stata condotta dalla cattedra di Psichiatria dell'Università "d'Annunzio" di Chieti su un campione di pazienti con diagnosi secondo DSM-IV-TR di DOC, afferenti al nostro ambulatorio psichiatrico. I criteri di inclusione sono stati i seguenti:

1. diagnosi secondo DSM-IV-TR di DOC, confermata dalla *Structured Clinical Interview for DSM-IV*³¹;
2. essere ammalati da almeno un anno;
3. un punteggio minimo alla Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) di 16.

Tutti i pazienti avevano richiesto una visita psichiatrica primariamente per il DOC e i sintomi ossessivo-compulsivi erano quelli predominanti. Tutti i pazienti hanno firmato il consenso informato per la partecipazione allo studio.

Sono stati inclusi nello studio 86 pazienti (femmine = 44, 58,7%; maschi = 42, 41,3%) di età media pari a $36,2 \pm 13,0$ anni.

Come già suggerito da Maina et al.¹³, l'esordio del DOC è stato calcolato prendendo in considerazione un periodo di un mese dalla prima comparsa dei sintomi quando almeno uno di essi era causa di disagio significativo o provocava una perdita di tempo (più di un'ora al giorno) o interferiva significativamente con il funzionamento sociale quotidiano del soggetto. L'esordio è stato considerato improvviso nel caso in cui i sintomi avessero raggiunto un'intensità clinicamente significativa entro una settimana, altrimenti l'esordio è stato considerato subdolo. Il decorso è stato definito episodico nel caso in cui fosse presente almeno un intervallo circoscritto libero da sintomi (6 mesi). In ogni altro caso il decorso è stato definito cronico.

Scale di valutazione

Le seguenti scale sono state impiegate per la valutazione del campione: *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), (Y-BOCS), *Scale for Suicide Ideation* (SSI) e *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* (MADRS).

Toronto Alexithymia Scale

La TAS-20 è la scala più usata per la valutazione dell'alessitimia ed è attualmente considerata il *gold standard* nel settore³²⁻³³. Consiste di 20 item a cui viene risposto su una scala Likert a 5 punti ed è suddivisa in 3 fattori congruenti con il costrutto di alessitimia:

Fattore 1: difficoltà a identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni, *Difficulty in Identifying Feelings* (DIF);

Fattore 2: difficoltà ad esprimere i propri sentimenti, *Difficulty in Describing Feelings* (DDF);

Fattore 3: pensiero orientato all'esterno, *Externally Oriented Thinking* (EOT).

Il range dei punteggi va da 20 a 100 e sono stati stabiliti empiricamente punteggi di *cut-off* (un punteggio ≥ 61 è considerato positivo per alessitimia)³⁴. È stata usata nel presente studio la versione italiana della TAS-20 validata dal gruppo

della Bressi³⁵. La TAS-20 ha mostrato una buona affidabilità test-retest e una buona coerenza interna. Nel nostro lavoro, l'alfa di Cronbach per la TAS-20 totale è stata 0,85, mostrando un'ottima consistenza interna.

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

La gravità del DOC è stata valutata mediante i primi 10 item della Y-BOCS, la scala più usata per la valutazione dei sintomi ossessivo-compulsivi^{36,37}. Il punteggio all'item #11 della Y-BOCS è stato considerato come misura del livello di *insight*. Punteggi ≥ 3 all'item #11 della Y-BOCS sono indicativi di scarsa o non presenza di *insight*^{38,39} come anche già da noi dimostrato in uno studio precedente²⁴. Nel nostro lavoro, l'alfa di Cronbach per il punteggio totale della Y-BOCS è stata 0,92 e per l'item #11 0,88.

Scale for Suicide Ideation

L'SSI è composta da 19 item che esplorano l'importanza dei pensieri di suicidio, le loro caratteristiche e l'atteggiamento del soggetto nei loro confronti, il desiderio di morte, il desiderio di suicidarsi e, se presenti, i dettagli del progetto suicidario; i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie. Nella valutazione sono compresi anche le minacce di suicidio espresse verbalmente o con il comportamento. Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti (da 0 a 2), in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può oscillare, perciò, tra 0 e 38. Come già proposto da Sokero et al.⁴⁰, i soggetti che riportavano punteggi ≤ 5 sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con punteggi > 5 a rischio di suicidio.

Nel nostro lavoro, l'alfa di Cronbach è stata 0,89.

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale

La MADRS è stata usata per valutare i sintomi depressivi nei pazienti affetti da DOC. Essa è composta da 10 item che esplorano l'umore depresso, la tensione, i disturbi del sonno e dell'appetito, la difficoltà di concentrazione, l'astenia, la perdita dei sentimenti, i pensieri pessimistici e quelli suicidari. Il punteggio globale, cioè la somma dei punteggi dei dieci item (espressi ciascuno su una scala da 0 = assente a 6 = massima gravità), esprime la gravità generale della sintomatologia.

Nel nostro lavoro, l'alfa di Cronbach è stata 0,93.

Analisi statistica

Sono state calcolate le misure di statistica descrittiva (media, deviazione standard [DS] e percentuali). Il confronto tra alessitimici e non è stato valutato mediante l'analisi della varianza (Anova) mentre il confronto tra diversi gruppi è stato condotto con il test di Bonferroni. È stato inoltre calcolato l'*effect size* per le variabili sia categoriali (*odds ratio*) che dimensionali (Cohen's *d*) allo scopo di ottenere una migliore valutazione delle differenze statisticamente significative tra gruppi. Per convenzione una *d* di Cohen $\geq 0,80$ denota un effetto grande, $\geq 0,50$ un effetto medio e $\geq 0,20$ un piccolo effetto. Le correlazioni tra la TAS-20 (e sottoscale) e le altre scale impiegate nel presente studio sono state computate mediante le correlazioni parziali controllando per sesso, età, durata di malattia e età d'esordio. È stata infine condotta una regressione lineare multipla *blockwise* con il punteggio alla SSI come variabile dipendente e variabili demografiche/cliniche (primo blocco), alessitimia (DIF, DDF, EOT – secondo blocco), punteggi alla Y-BOCS e sottoscale (terzo blocco), livello di *insight* (punteggio all'item #11 della Y-BOCS – quarto blocco) e sintomi depressivi (MADRS – quinto blocco) come variabili indipendenti, allo scopo di individuare possibili fattori associati e predittivi di sviluppo di rischio suicidario. La qualità del modello di regressione è stata anche testata usando il coefficiente di Durbin-Watson (un valore tra 0 e 4 indica la quantità di auto-correlazione all'interno del modello con un valore ottimale di 2,0). La significatività statistica è stata posta per valori di $p \leq 0,05$. I valori sono espressi, salvo diversamente indicato, come media \pm DS.

Risultati

19 pazienti (22,1%) hanno riportato punteggi alla SSI > 5 e pertanto sono stati classificati a rischio suicidario come proposto da Sokero et al.⁴⁰. 26 pazienti (29,1%) hanno riportato punteggi all'item #11 della Y-BOCS ≥ 3 e pertanto sono stati categorizzati come pazienti con *insight* assente. Trenta pazienti (34,9%) hanno riportato punteggi alla TAS-20 maggiori o uguali a 61 e pertanto sono stati categorizzati come alessitimici. Il punteggio del campione totale alla TAS-20 è stato $54,9 \pm 13,6$ mentre i punteggi alle sottoscale DIF, DDF e EOT sono stati rispettivamente $12,5 \pm 5,5$, $12,3 \pm 3,7$ e $30,1 \pm 6,7$. Il punteggio del campione totale alla

Y-BOCS è stato $25,7 \pm 4,3$ mentre i punteggi alle sottoscale Ossessioni e Compulsioni sono stati rispettivamente $13,8 \pm 2,5$ e $11,9 \pm 2,9$. Il punteggio all'item#11 della Y-BOCS (livello di *insight*) è stato $1,8 \pm 1,4$. Non sono state rilevate differenze significative tra la maschi e femmine per quanto riguarda le variabili esaminate. I soggetti di sesso femminile presentavano un trend verso un più elevato punteggio alla TAS-20 così come più alti punteggi alla MADRS rispetto ai maschi, ma entrambi questi dati non sono risultati statisticamente significativi nel confronto tra sessi ($p = 0,09$). Le femmine hanno mostrato inoltre un trend verso una maggiore positività alla TAS-20 rispetto ai maschi (18 vs. 12) senza significatività statistica.

I risultati totali e il confronto tra soggetti alessitimici e non per quanto riguarda le variabili in esame sono mostrati nella Tabella I. I risultati delle analisi statistiche hanno mostrato che i soggetti alessitimici erano più frequentemente divorziati/separati,

con un minore livello di istruzione e una maggiore possibilità di essere disoccupati rispetto ai non alessitimici. L'inizio di malattia era più precoce e la durata di malattia risultava essere maggiore nei soggetti alessitimici. I soggetti alessitimici inoltre mostravano una maggior frequenza di decorso cronico oscillante/deteriorante del DOC rispetto ai non alessitimici. Globalmente, gli alessitimici hanno mostrato punteggi più elevati alla Y-BOCS e sottoscale, all'item#11 della Y-BOCS, alla SSI e alla MADRS rispetto ai non alessitimici. Inoltre gli alessitimici sono risultati maggiormente positivi alla SSI e con una maggiore frequenza di *insight* carente o assente. Non sono risultate invece differenze significative tra alessitimici e non per quanto concerne il sesso, l'età, il tipo di esordio. L'analisi dell'*effect size* ha mostrato una grande ampiezza dell'effetto per quasi tutte le variabili statisticamente significative esaminate ad eccezione dell'età d'esordio (effetto piccolo).

TABELLA I.

Confronto tra soggetti alessitimici ($n = 30, 34,9\%$) e non ($n = 56, 65,1\%$) per quanto riguarda le variabili demografiche e cliniche (ANOVA). Per le variabili categoriali sono riportate le frequenze (numero, %) mentre per le variabili dimensionali la media \pm DS. *Comparison between alexithymics ($n = 30, 34.9\%$) and nonalexithymics ($n = 56, 65.1\%$) concerning demographic and clinical variables (One-way ANOVA). Categorical variables are expressed as frequencies (number, %) whereas dimensional variables as mean \pm SD.*

	Totale (n = 86)	Alessitimici (n = 30, 34,9%)	Non Alessitimici (n = 56, 65,1%)	Statistica *	Effect Size **
Sesso					
Maschi	42, 48,8%	12, 40,0%	30, 53,6%	NS	NS
Femmine	44, 51,2%	18, 60,0%	26, 46,4%		
Età (anni)	$36,0 \pm 12,3$	$38,1 \pm 12,3$	$34,8 \pm 12,2$	NS	NS
Stato Civile					
Celibe/nubile	44, 51,2%	16, 53,3%	28, 50,0%	$\chi^2 = 21,66$ df = 1 p < 0,001	9,25
Sposato	30, 34,8%	3, 10,0%	27, 48,2%		
Divorziato/separato	12, 14,0%	11, 36,7%	1, 1,8%		
Livello istruzione					
Elementari/Medie	27, 31,4%	18, 60,0%	9, 16,1%	$\chi^2 = 15,52$ p < 0,001	7,83
Superiori	38, 44,2%	10, 33,3%	28, 50,0%		
Laurea	21, 24,4%	2, 6,7%	19, 33,9%		
Occupazione					
Occupato	68, 79,1%	17, 56,7%	51, 91,1%	$\chi^2 = 11,97$ df = 1 p < 0,001	5,58
Disoccupato	18, 20,9%	13, 43,3%	5, 8,9%		

(continua)

(Tabella 1 segue)

	Totale (n = 86)	Alessitimici (n = 30, 34,9%)	Non Alessitimici (n = 56, 65,1%)	Statistica *	Effect Size **
Età di esordio (anni)	24,0 ± 9,9	22,1 ± 8,8	25,0 ± 10,3	F = 4,23 df = 1, 85 p = 0,01	0,30
Tipo Esordio					
improvviso	25, 29,1%	6, 20,0%	19, 33,9%	NS	NS
subdolo	61, 70,9%	24, 80,0%	37, 66,1%		
Decorso					
Episodico	15, 17,5%	1, 3,3%	14, 25,0%	$\chi^2 = 13,89$ df = 1 p < 0,001	6,22
Cronico stabile	18, 20,9%	2, 6,7%	16, 28,6%		
Cronico oscillante	43, 50,0%	20, 66,7%	23, 41,0%		
Cronico deteriorante	10, 11,6%	7, 23,3%	3, 5,4%		
Durata Malattia (anni)	12,0 ± 9,7	16,0 ± 11,2	9,9 ± 8,2	F = 8,28 df = 1, 85 p = 0,005	0,62
Y-BOCS					
Totale	25,7 ± 4,3	29,7 ± 3,3	23,5 ± 3,1	F = 72,85 df = 1, 85 p < 0,001	1,94
Y-BOCS, sottoscala ossessioni	13,8 ± 2,5	15,2 ± 2,5	13,1 ± 2,1	F = 17,51 df = 1, 85 p < 0,001	0,91
Y-BOCS, sottoscala compulsioni	11,9 ± 2,9	14,5 ± 2,4	10,5 ± 2,1	F = 64,25 df = 1, 85 p < 0,001	1,77
Insight (Item #11 della Y-BOCS)	1,8 ± 1,4	3,1 ± 1,0	1,1 ± 1,0	F = 78,50 df = 1, 85 p < 0,001	2,00
Presenza/assenza di Insight ***					
Presente	60, 47,7%	12, 40,0%	48, 85,7%	$\chi^2 = 17,25$ df = 1 p < 0,001	8,93
Assente	26, 29,1%	18, 60,0%	8, 14,3%		
SSI Totale	3,1 ± 3,1	5,9 ± 3,7	1,6 ± 1,3	F = 61,50 df = 1, 85 p < 0,001	1,55
Positivi (punteggi > 5)	19, 22,1%	18, 60,0%	1, 1,8%	$\chi^2 = 35,16$ df = 1 p < 0,001	11,38
Negativi (punteggi ≤ 5)	67, 77,9%	12, 40,0%	55, 98,2%		
MADRS	15,3 ± 7,3	21,5 ± 7,5	11,9 ± 4,5	F = 54,48 df = 1, 85 p < 0,001	1,55

* Test del chi quadrato con la correzione di Yates per le variabili categoriali e *one-way* ANOVA per le variabili dimensionali;
** Odds ratio per le variabili categoriali e Cohen's *d* per le variabili dimensionali; *** I pazienti con punteggi ≥ 3 all'item #11 della Y-BOCS sono stati categorizzati come ad insight assente, mentre quelli con punteggi ≤ 2 come ad insight presente.

Nella Figura 1 è graficamente rappresentato il confronto dei punteggi alla SSI tra alessitimici senza *insight* (n = 21), alessitimici con *insight* (n = 9), non alessitimici senza *insight* (n = 5) e non alessitimici con *insight* (n = 51). I soggetti alessitimici senza *insight* hanno mostrato punteggi alla SSI maggiori

rispetto agli altri gruppi (p < 0,001). Nessuna differenza ai punteggi alla SSI è stata rilevata nel confronto tra alessitimici con *insight*, non alessitimici senza *insight* e non alessitimici con *insight*. I risultati delle correlazioni parziali tra la TAS-20 (e sottoscale) e le altre variabili esaminate, con-

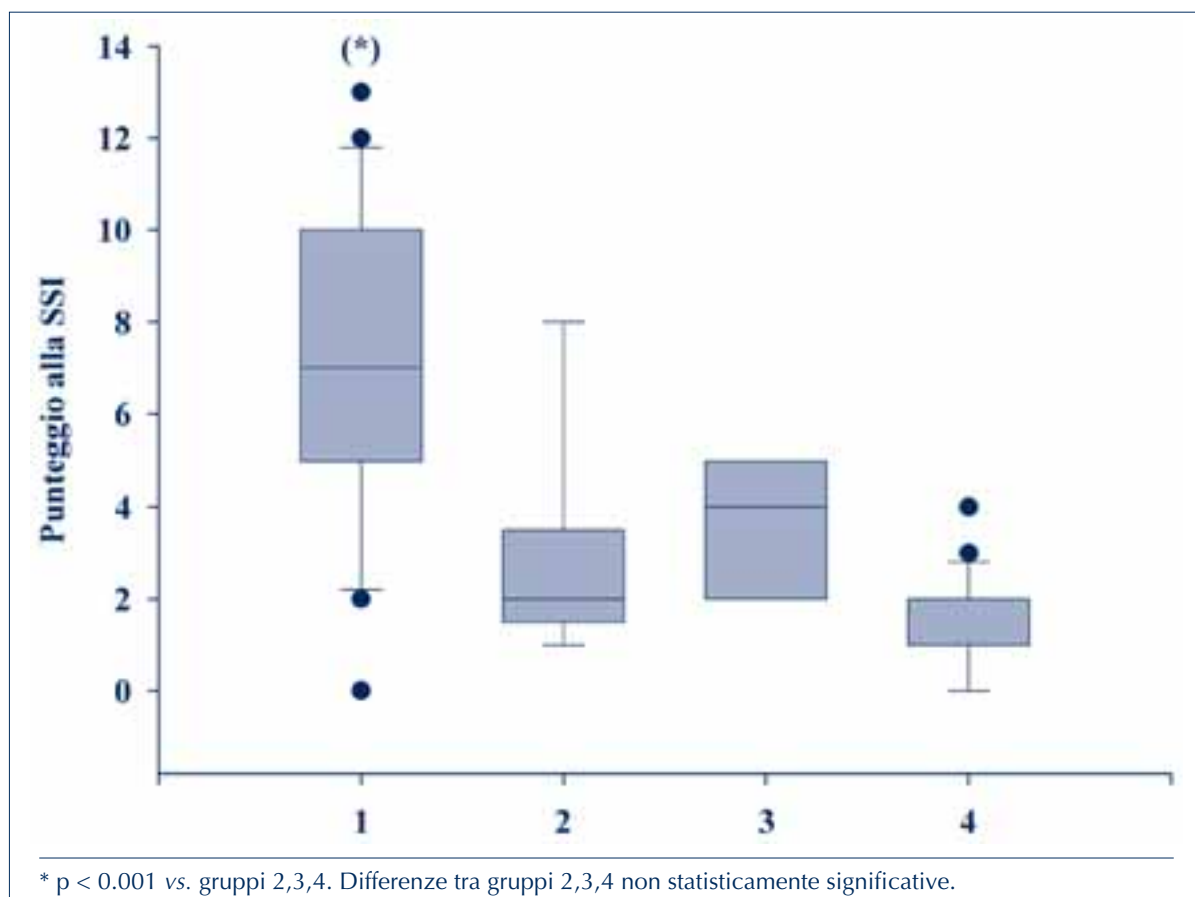


FIGURA 1.

Diagramma a scatola del confronto dei punteggi alla SSI tra alessitimici senza insight ($n = 21$, gruppo 1), alessitimici con insight ($n = 9$ gruppo 2), non alessitimici senza insight ($n = 5$, gruppo 3) e non alessitimici con insight ($n = 51$, gruppo 4) (ANOVA con test di Bonferroni). La linea dentro la scatola corrisponde alla mediana. I limiti superiori e inferiori corrispondono rispettivamente al 25° e 75° percentile. I baffi superiori e inferiori corrispondono rispettivamente al 10° e 90° percentile. *Boxplots of SSI scores in alexithymics without insight ($n = 21$, group 1), alexithymics with insight ($n = 9$ group 2), nonalexithymics without insight ($n = 5$ group 3) and nonalexithymics with insight ($n = 51$ group 4) (ANOVA with Bonferroni's post hoc). The solid line indicates mean values. The lower and upper boundary of the box indicates the 25th and 75th percentile, respectively. The upper and lower error bars define the 10th and 90th percentiles. Statistical analyses are explained in the text.*

trollando per sesso, età, durata di malattia e età d'esordio (Tab. II), hanno mostrato elevate correlazioni tra la TAS-20 e la sottoscala DIF con tutte le variabili esaminate. La sottoscala DDF ha mostrato invece elevate correlazioni con la Y-BOCS totale e la sottoscala compulsioni, con l'item#11 della Y-BOCS e la MADRS, mentre le correlazioni con la sottoscala ossessioni della Y-BOCS e la SSI sono risultate meno elevate. La sottoscala EOT non ha mostrato correlazione con la SSI e la MADRS, ma è risultata altamente correlata alla Y-BOCS e sottoscale e all'*insight*.

Infine, i risultati della regressione lineare multipla con il punteggio SSI come variabile dipendente e variabili demografiche/cliniche (primo blocco), alessitimia (DIF, DDF, EOT – secondo blocco), punteggi alla Y-BOCS e sottoscale (terzo blocco), livello di *insight* (punteggio all'item #11 della Y-BOCS – quarto blocco) e sintomi depressivi (MADRS – quinto blocco) come variabili indipendenti, hanno mostrato che il decorso cronico oscillante/deteriorante unitamente a elevati punteggi alla sottoscala DIF della TAS-20 e alla scala MADRS erano significativamente associati con più elevati punteg-

TABELLA II.

Correlazioni parziali tra la TAS-20 (e sottoscale) e le altre variabili dimensionali controllando per sesso, età, durata di malattia e età d'esordio (* $p \leq 0,01$, ** $p \leq 0,001$). *Partial correlations between TAS-20 (and its subscales) and other dimensional variables, controlling for gender, age, illness duration and age at onset (* $p \leq 0,01$, ** $p \leq 0,001$).*

	TAS-20	DIF	DDF	EOT
Y-BOCS Totale	0,39**	0,30**	0,32**	0,34**
Y-BOCS Ossessioni	0,45**	0,47**	0,24*	0,46**
Y-BOCS Compulsioni	0,44**	0,42**	0,40**	0,36**
Insight (item #11 Y-BOCS)	0,61**	0,43**	0,50**	0,62**
SSI	0,43**	0,42**	0,26*	0,12
MADRS	0,70**	0,69**	0,52**	0,10

gi alla SSI e quindi alla maggiore probabilità di rischio suicidario (Tab. III). In questa analisi, i valori r^2 hanno mostrato buona accuratezza nella predittività rendendo conto dell'80% della varianza della SSI. In aggiunta, il coefficiente di Durbin-Watson era 2,125 (vicino all'*optimum* 2,0) ed i residui standardizzati risultavano distribuiti in modo normale.

Discussione

I risultati del presente studio dimostrano che il rischio suicidario non è così infrequente nei pa-

zienti affetti da DOC: la SSI, usando il *cut-off* di 5 validato in altri lavori presenti in letteratura, è risultata positiva nel 22,1% del campione. Il tasso di rischio suicidario nel nostro campione è in qualche modo simile a quello riportato in altri studi su pazienti affetti da schizofrenia (9-15%)⁴¹, disturbo bipolare (25-50%)⁴², dipendenza da alcool (13-50%)⁴³ e disturbi di personalità (1-19%)⁴⁴. Confrontato con altri lavori che hanno valutato il rischio suicidario nel DOC, il nostro dato è risultato simile a quanto riportato in precedenti ricerche. Maina et al.¹³ hanno mostrato che, in un campio-

TABELLA III.

Regressione lineare multipla blockwise con punteggio totale alla SSI come variabile dipendente e variabili demografiche/cliniche (primo blocco), alessitimia (DIF, DDF, EOT – secondo blocco), punteggi alla Y-BOCS e sottoscale (terzo blocco), livello di insight (punteggio all'item #11 della Y-BOCS – quarto blocco) e sintomi depressivi (MADRS – quinto blocco) come variabili indipendenti. *Blockwise multiple linear regression with the SSI as the dependent variable and clinical/demographic variables (first block), alexithymia (DIF, DDF, EOT – second block), Y-BOCS scores and its subscales (third block), insight (item #11 of the Y-BOCS – fourth block) and depressive symptoms (MADRS – fifth block) as independent variables.*

Variabili	β	SE	Std. β	t	p
Costante	3,401	1,038		3,276	0,002
Primo Blocco					
Decorso Cronico Oscillante	0,884	0,343	0,142	2,576	0,01
Decorso Cronico Deteriorante	0,160	0,061	0,343	2,621	0,01
Secondo Blocco					
DIF	1,106	0,246	0,489	4,493	< 0,001
Quinto Blocco					
MADRS	1,333	0,313	0,589	4,257	< 0,001

Coefficiente di Durbin-Watson 2,125; $r^2 = 0,80$; $F = 9,81$ $df = 9$ $p < 0,001$.

ne di 167 pazienti con DOC, il 26,4% dei soggetti aveva ideazione suicidaria al momento della valutazione o nella settimana precedente. In un altro studio successivo, sempre Maina et al.⁴⁵ hanno invece riportato un tasso di ideazione suicidaria più basso (13,8%) in un campione di 58 pazienti affetti da DOC puro senza comorbidità con Depressione Maggiore (DM), mentre pazienti affetti da DOC e DM in comorbidità avevano un tasso quasi 3 volte superiore (50%). Kamath et al.⁴⁶ in uno studio condotto su 100 pazienti hanno rilevato che il DOC era caratterizzato da alti tassi di pregressi tentativi di suicidio (27%) e di ideazione suicidaria sia attuale (28%) che *lifetime* (59%).

La prevalenza dell'alessitimia nel DOC è molto più alta (34,9%), a giudicare dai nostri risultati, rispetto a quella riportata da studi sulla popolazione generale^{47 48}. Confrontando invece i dati del presente studio con quelli di altri studi che hanno valutato la prevalenza dell'alessitimia nel DOC, i nostri risultati sono in linea con quanto già precedentemente da noi stessi rilevato in un altro studio (35,7%)²⁴ e con quanto evidenziato anche da altri ricercatori^{49 50}. Anche la percentuale di pazienti con *insight* scarso/assente da noi riportata è risultata simile a quella di altri studi che hanno mostrato come le percentuali di pazienti con *insight* scarso o assente siano rilevanti nel DOC andando dal 6% al 47%^{38 39 51 52}. Globalmente i soggetti alessitimici hanno mostrato un *distress* psicologico maggiore rispetto ai non alessitimici, evidenziando una gravità del DOC maggiore e un livello di *insight* minore e questo risultato è in accordo con una nostra precedente ricerca²⁴. Inoltre, l'esordio era più precoce e la durata di malattia risultava essere maggiore nei soggetti alessitimici; questi pazienti, inoltre, mostravano una maggior frequenza di decorso cronico oscillante/deteriorante del DOC rispetto ai non alessitimici e sia il decorso cronico oscillante che quello deteriorante erano associati a maggiore rischio suicidario nella regressione lineare multipla. Inoltre la presenza della dimensione difficoltà a identificare i sentimenti della TAS-20 unitamente a punteggi più elevati alla MADRS erano associati a maggiore rischio suicidario. In effetti, nel nostro campione alessitimia e vissuti depressivi sembrano essere in stretta interrelazione come dimostrato anche dalle correlazioni parziali: i risultati suggeriscono infatti che un'alta alessitimia è associata a una maggiore presenza e ad una più elevata intensità dei vissuti depressivi. Questi risultati sono

in accordo con quelli di altri studi presenti in letteratura^{53 54}.

Considerati globalmente, i risultati del nostro studio supportano in qualche modo il concetto di Freyberger dell'"alessitimia acuta secondaria" come reazione a situazioni stressanti⁵⁵. L'alessitimia acuta secondaria è descritta come un fenomeno stato-dipendente conseguente ad un *distress* psicologico personale; essa può diminuire di intensità una volta che l'episodio acuto si è risolto. In questa prospettiva l'alessitimia può essere vista come un meccanismo di *coping* che dovrebbe proteggere il sé dalle reazioni emotive causate da situazioni ad intensa vulnerabilità. Ciò non esclude comunque che l'alessitimia possa essere considerata non solo un fenomeno stato-dipendente, ma anche un tratto relativamente stabile di personalità come dimostrato da altri studi^{56 57}, anche se la natura trasversale del presente studio non consente di dimostrare quest'ultimo punto.

Un dato interessante emerso dal nostro studio è che i livelli di *insight* non sono globalmente associati, nel nostro campione, a un aumento del rischio suicidario anche se i soggetti alessitimici senza *insight* mostravano punteggi più elevati alla SSI rispetto agli alessitimici con *insight*, ai non alessitimici senza *insight* e ai non alessitimici con *insight* (Fig. 1). L'*insight* nei pazienti con DOC è ritenuto generalmente associato ad un *outcome* peggiore, a una più marcata presenza di sintomi depressivi e ad un maggiore rischio suicidario⁵⁸⁻⁶². I risultati del nostro studio sembrano invece indicare un'indipendenza dei livelli di *insight* dall'ideazione suicidaria e ciò è in linea con quanto rilevato da Kamath et al.⁵; sembrerebbe che di per sé l'*insight* non influisca in modo diretto sul rischio suicidario ma solo in presenza di un tratto alessitimico. È quindi la presenza dell'alessitimia (soprattutto nella sua componente DIF), verosimilmente attraverso la tendenza alla cronicizzazione del DOC e alla maggiore vulnerabilità depressiva, a rendere ragione dell'associazione con il rischio suicidario da noi rilevata nella regressione multipla. La correlazione tra la sintomatologia depressiva nel DOC e l'aumento dell'ideazione e del rischio suicidario è un dato acclarato e già evidenziato in altri studi^{5 13 45}.

Un risultato interessante emerso dal nostro studio è che la sottoscala EOT della TAS-20 (pensiero orientato verso l'esterno) sembra essere una variabile completamente indipendente dalla depres-

sione e dal rischio suicidario, pur essendo notevolmente correlata alla gravità del DOC. Questo è uno dei principali risultati del nostro studio. Il pensiero orientato verso l'esterno corrisponde al "pensée opératoire", un concetto lanciato da ricercatori francesi negli anni '60. Le principali caratteristiche del "pensée opératoire" erano uno stile utilitaristico del pensiero e una cospicua assenza di fantasie. In seguito Sifneos¹⁵ propose questo concetto come uno dei principali elementi quando introdusse il termine alessitimia. Sembra che il pensiero orientato verso l'esterno possa essere descritto come un tratto della personalità che non cambia facilmente con l'umore, in contrasto con gli altri due fattori della TAS-20 (DIF e DDF) che mutano con il grado di depressione e quindi riflettono i cambiamenti nell'umore come messo in evidenza da Honkalampi et al.²⁶

Possiamo dunque ipotizzare che, se le componenti emozionali associate all'alessitimia sono strettamente collegate al vissuto depressivo variando di concerto con esso al mutare della sintomatologia, la componente cognitiva rappresentata dal pensiero orientato verso l'esterno è indipendente dal vissuto depressivo e può essere considerata come un tratto relativamente stabile e meno correlato al tono timico di base. In effetti, questa ipotesi è in accordo con alcune osservazioni in letteratura secondo cui solo la componente emozionale dell'alessitimia sarebbe supportata e a sua volta supporterebbe il vissuto depressivo e l'ideazione suicidaria⁵⁷. I risultati concernenti la scala EOT sono stati già da noi rilevati in altri studi su altre problematiche psicopatologiche e su pazienti affetti da DOC^{24 63 64}.

Il presente studio ha diverse limitazioni che vanno considerate. Una prima limitazione è rappresentata dal campione relativamente piccolo esaminato, quindi dovrebbero essere condotti studi su campioni più ampi di pazienti al fine di poter generalizzare i risultati. Inoltre, lo studio è stato trasversale e, pertanto, mancano dati di follow-up: non è stato dunque possibile valutare gli effetti di strategie di prevenzione e/o del trattamento del DOC sull'alessitimia e l'ideazione suicidaria. Un'altra limitazione risiede nella natura stessa della scala di valutazione dell'alessitimia usata: si tratta di una scala di autovalutazione molto comoda da usare negli studi, ma con tutti i difetti degli strumenti di autovalutazione per quanto riguarda l'attendibilità e l'influenza dello stato mentale al momento della

compilazione della scala stessa. Futuri studi con scale valutate dall'osservatore dovrebbero garantire una migliore comprensione dei risultati. Studi futuri potrebbero anche prevedere la valutazione della comorbidità in asse I e II allo scopo di valutare l'influenza sull'alessitimia, i sintomi depressivi e l'ideazione suicidaria.

Conclusioni

I dati del nostro studio hanno mostrato che il rischio suicidario è piuttosto frequente nei pazienti con DOC. Inoltre l'alessitimia (in particolare la dimensione difficoltà a identificare i sentimenti della TAS-20) era correlata alla cronicizzazione del DOC e alla presenza di sintomi depressivi: tutti questi sono risultati fattori di rischio suicidario nel nostro campione. Al contrario, sembrerebbe che di per sé l'*insight* non influisca in modo diretto sul rischio suicidario ma solo in presenza di un tratto alessitimico. La componente di pensiero orientato verso l'esterno della TAS-20 è sembrata essere invece una variabile rilevante ma completamente indipendente dalla depressione e dal rischio suicidario, pur essendo notevolmente correlata alla gravità del DOC.

Bibliografia

- 1 Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, et al. *Long term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavior therapy.* J Clin Psychiatry 2001;62:535-40.
- 2 Karno M, Golding JM, Soreson SB. *The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities.* Arch Gen Psychiatry 1988;45:1094-9.
- 3 Steketee G. *Social support and treatment outcome of obsessive compulsive disorder at 9-month follow-up.* Behav Psychother 1993;21:81-95.
- 4 Katsching H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of life in mental disorders.* Chichester, UK: Wiley 1997.
- 5 Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. *Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder.* J Clin Psychiatry 2007;68:1741-50.
- 6 Goodwin DW, Guze SB, Robins E. *Follow-up studies in obsessional neurosis.* Arch Gen Psychiatry 1969;20:182-7.
- 7 Hollander E, Greenwald S, Neville D, Johnson J, Hornig CD, Weissman MM. *Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiologic sample.* Depress Anxiety 1997;4:111-9.

- 8 Torres AR, de Abreu Ramos-Cerqueira AT, Torresan RC, de Souza Domingues M, Hercos AC, Guimarães AB. *Prevalence and associated factors for suicidal ideation and behaviors in obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr 2007;12:771-8.
- 9 Rudd MD, Dahm PF, Rajab MH. *Diagnostic comorbidity in persons with suicidal ideation and behavior*. Am J Psychiatry 1993;150:928-34.
- 10 Hollander E, Wong C. *Psychosocial functions and economic costs of obsessive-compulsive disorder*. CNS Spectr 1998;3:48-58.
- 11 Khan A, Leventhal RM, Khan S, Brown WA. *Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database*. J Affect Disord 2002;68:183-90.
- 12 Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, de Graaf R, Asmundson GJ, den Have M, et al. *Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults*. Arch Gen Psychiatry 2005;62:1249-57.
- 13 Maina G, Albert U, Rigardetto S, Tiezzi MN, Bogetto F. *Suicidio e disturbo ossessivo-compulsivo*. Giorn Ital Psicopat 2006;12:31-7.
- 14 Moritz S, Meier B, Hand I, Schick M, Jahn H. *Dimensional structure of the Hamilton depression rating scale in patients with obsessive-compulsive disorder*. Psychiatry Res 2004;125:171-80.
- 15 Sifneos PE. *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. Psychother Psychosom 1973;22:255-62.
- 16 Bagby RM, Taylor GJ. *Affect dysregulation and alexithymia*. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, editors. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press 1997.
- 17 Lane RD, Ahern GL, Schwartz GE, Kaszniak AW. *Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?* Biol Psychiatry 1997;42:834-44.
- 18 Kellner R. *Somatisation. Theories and research*. J Nerv Ment Dis 1990;178:150-60.
- 19 Lumley MA, Ovies T, Stettner L, Wehmer F, Lakey B. *Alexithymia, social support and health problems*. J Psychosom Res 1996;41:519-30.
- 20 Bach M, Bach D, Bohmer F, Nutzinger DO. *Alexithymia and somatisation: relationship to DSM-III-R diagnoses*. J Psychosom Res 1994;38:529-38.
- 21 Rief W, Heuser J, Fichter MM. *What does the Toronto Alexithymia Scale TAS-R measure?* J Clin Psychol 1996;52:423-9.
- 22 Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. *An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression*. Psychother Psychosom 2001;70:254-60.
- 23 De Berardis D, Campanella D, Gambi F, La Rovere R, Sepede G, Core L, et al. *Alexithymia, fear of bodily sensations, and somatosensory amplification in young outpatients with panic disorder*. Psychosomatics 2007;48:239-46.
- 24 De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Salini G, Carano A, et al. *Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2005;255:350-8.
- 25 Carano A, De Berardis D, Gambi F, Di Paolo C, Campanella D, Pelusi L, et al. *Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2006;39:332-40.
- 26 Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population*. J Psychosom Res 2000;48:99-104.
- 27 Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs?* Compr Psychiatry 1991;32:387-94.
- 28 Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Antikainen R, Tanskanen A, Haatainen K, et al. *Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population*. Compr Psychiatry 2004;45:340-5.
- 29 Iancu I, Dannon PN, Poreh A, Lepkifker E, Grunhaus L. *Alexithymia and suicidality in panic disorder*. Compr Psychiatry 2001;42:477-81.
- 30 Sayar K, Acar B, Ak I. *Alexithymia and suicidal behavior*. Isr J Psychiatry Relat Sci 2003;40:165-73.
- 31 First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 32 Bagby RM, Taylor GJ, Parker GJ. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant and concurrent validity*. J Psychosom Res 1994;38:33-40.
- 33 Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JDA, Doody KF, Keefe P. *Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale*. Psychosom Med 1988;50:500-9.
- 34 Bagby RM, Taylor GJ. *Measurement and validation of the alexithymia construct*. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, editors. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: University Press 1997.
- 35 Bressi C, Taylor G, Parker J, Bressi S, Brambilla V, Aguglia E, et al. *Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study*. J Psychosom Res 1996;41:551-9.
- 36 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, 1: development, use and reliability*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1006-11.

- 37 Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, 2: validity*. Arch Gen Psychiatry 1989;46:1012-6.
- 38 Catapano F, Sperandeo R, Di Martino S, Bartoli L, Maj M. *Insight e resistenza nei pazienti ossessivi*. Giorn Ital Psicopat 1996;2:126-32.
- 39 Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, Pfanner C, Presta S, Mungai F, et al. *Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample*. Eur Psychiatry 2002;17:407-10.
- 40 Sokero TP, Melartin TK, Rytälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. *Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder*. J Clin Psychiatry 2003;64:1094-100.
- 41 Caldwell CB, Gottesman II. *Schizophrenia-a high-risk factor for suicide: clues to risk reduction*. Suicide Life Threat Behav 1992;22:479-93.
- 42 Chen YW, Dilsaver SC. *Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders*. Biol Psychiatry 1996;39:96-899.
- 43 Goodwin DW. *Alcoholism and suicide: associated factors*. In: Pattison EM, Kaufman E, editors. *The Encyclopedic Handbook of Alcoholism*. New York, NY: Gardner Press 1982.
- 44 Bronisch T. *The typology of personality disorders: diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior*. Crisis 1996;17:55-8.
- 45 Maina G, Salvi V, Tiezzi MN, Albert U, Bogetto F. *Is OCD at risk for suicide? A case-control study*. Clin Neuropsychiatr 2007;3:117-21.
- 46 Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. *Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychiatry 2007;68:1741-50.
- 47 Salminen JK, Saarijärvi S, Aarela E, Toikka T, Kauhanen J. *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland*. J Psychosom Res 1999;46:75-82.
- 48 Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Laksy K, Jokelainen J, Jarvelin MR, et al. *Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults*. Compr Psychiatry 2001;42:471-6.
- 49 Rufer M, Ziegler A, Alsleben H, Fricke S, Ortmann J, Brückner E, et al. *A prospective long-term follow-up study of alexithymia in obsessive-compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2006;47:394-8.
- 50 Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Muller A, Buhtz F, Hochrein A, et al. *Alexithymia in obsessive-compulsive disorder – results from a family study*. Psychother Psychosom 2006;75:312-8.
- 51 Insel TR, Akiskal HS. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenological analysis*. Am J Psychiatry 1986;143:1527-33.
- 52 Bellino S, Patria L, Ziero S, Bogetto F. *Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model*. Psychiatry Res 2005;136:223-31.
- 53 Lipsanen T, Saarijärvi S, Lauerma H. *Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia – overlapping or independent constructs?* Psychopathology 2004;37:200-6.
- 54 Ogrodniczuk 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.
- 55 Freyberger H. *Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia*. Psychother Psychosom 1977;28:337-43.
- 56 Salminen JK, Saarijärvi S, Toikka T, Kauhanen J, Aarela E. *Alexithymia behaves as a personality trait over a 5-year period in Finnish general population*. J Psychosom Res 2006;61:275-8.
- 57 Saarijärvi 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.
- 58 Erzegovesi S, Cavallini MC, Cavedini P, Diaferia G, Locatelli M, Bellodi L. *Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder*. J Clin Psychopharmacol 2001;21:488-92.
- 59 Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, Chandrasekhar CR, Thennarasu K. *Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder*. Eur Psychiatry 2004;19:202-8.
- 60 Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA. *Insight and treatment outcome in obsessive compulsive disorder*. Compr Psychiatry 2001;42:494-7.
- 61 Türksoy N, Tükel R, Ozdemir O, Karali A. *Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive compulsive disorder*. J Anxiety Disorder 2002;16:413-23.
- 62 Solyom L, Di Nicola VF, Phil M, Sookman D, Luchins D. *Is there an obsessive psychosis? aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis*. Can J Psychiatry 1985;30:372-80.
- 63 De Berardis D, Carano A, Gambi F, Campanella D, Giannetti P, Ceci A, et al. *Alexithymia and its relationships with body checking and body image in a non-clinical female sample*. Eat Behav 2007;8:296-304.
- 64 De Berardis D, Campanella D, Gambi F, Sepede G, Carano A, Pelusi L, et al. *Alexithymia and body image disturbances in women with Premenstrual Dysphoric Disorder*. J Psychosom Obstet Gynaecol 2005;26:257-64.