

Alessitimia: utilità del costrutto nei disturbi del comportamento alimentare. Indagine preliminare su un campione clinico

Alexithymia: usefulness of the concept in eating disorders. Preliminary investigation in a clinical sample

L.E. Zappa*, M. Caslini**, E. Pini**, G. Garghentini**, M. Bogni***, S. Bertelli***, S. Scarone***, G. Duranti**, M. Clerici**

* Unità "Disturbi del Comportamento Alimentare", Dipartimento di Salute Mentale, AO "San Gerardo"; ** Cattedra di Clinica Psichiatrica, Università di Milano-Bicocca; *** Servizio per i Disturbi del Comportamento Alimentare, AO "San Paolo", Milano

Summary

Objectives

The alexithymia construct has been a remarkable feature of EDs: these patients have significant difficulty in identifying, distinguishing and describing emotions – especially anger and negative affect; they try to avoid frightening and unpleasant feelings and restrict the full emotional experience. Some authors have suggested that alexithymia is one of the factors responsible for poor response to treatment, relapse and chronicity in EDs. Since most studies are cross-sectional, it is difficult to understand the direction of causality between alexithymia and EDs; furthermore, literature is unable to provide conclusions on the usefulness of the concept in the clinical field, on its role in the maintenance of disease, and about the influence of usual treatments or the related needs to find alternative approaches to the classical setting.

Aim of this preliminary study is to assess the prevalence of alexithymia in a clinical sample with eating disorders and to consider its relation with epidemiological variables, psychological characteristics, symptom severity, and with the general psychopathology dimensions.

Methods

The study has been performed in the Eating Disorders Centres of San Gerardo Hospital, Monza, and San Paolo Hospital, Milan. A sample of 125 patients with eating disorders was evaluated with the self-rated questionnaires Toronto Alexithymia Scale for the assessment of alexithymia, Eating Disorder Inventory-2 for the evaluation of relevant symptoms and psychological characteristics of EDs, and Symptom Checklist-90 for the assessment of general psychopathology.

Introduzione

La ricerca relativa alle variabili psicologiche che hanno un ruolo nella psicopatologia del DCA risulta di notevole importanza ai fini di stabilire indicatori predittivi, percorsi di trattamento e la misurazione della loro efficacia.

A tutt'oggi non è chiaro quali specifiche caratteristiche psico-

Results

Our results show an about 38% prevalence of alexithymia in our sample, less than that reported in literature. The higher rate of alexithymia was found in patients with bulimia, but the diagnostic subgroups (anorexia, bulimia, binge eating disorder, not otherwise specified) did not significantly differ. TAS20 did not correlate with clinical or epidemiological variables. Alexithymia is more frequently found among patients with an Axis II diagnosis, confirming it as a possible developmental deficit which underlies regulation problems in personality disorders. TAS20 correlated with EDI-2, particularly with subscales concerning bodily and relational aspects, and, among the diagnostic subgroups, alexithymic bulimic patients obtained significantly higher scores than the non-alexithymic ones. TAS20 correlates with the level of general psychopathology as measured by the SCL-90, confirming alexithymia as a transnosographic dimension in disorders of affect regulation; alexithymic patients obtained significantly higher scores than non alexithymic ones in several subscales, such as Depression, a factor that worsens the alexithymia.

Conclusions

Alexithymia has a certain role in EDs psychopathology. Future developments of the study include further evaluation of the sample after a period of treatment to observe alexithymia level variations, changes induced by ongoing therapy, and the role of alexithymia in predicting treatment outcome of patients with EDs. We underline the need to identify specific and modified interventions for patients with EDs with important and overlapping alexithymic features, which are possibly responsible for relapse or chronic disease.

Key words

Alexithymia • Eating disorders • Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS20)

logiche aumentino la propensione allo sviluppo di un DCA; a tal proposito il nostro gruppo di lavoro ha precedentemente approfondito il tema del disturbo dell'immagine corporea¹. Insieme a tale fattore, anche i problemi identitari, la tendenza alla dissociazione, la disregolazione emotiva e l'alessitimia sembrano avere un ruolo cardine nella predisposizione e nel mantenimento delle varie forme patologiche^{2,3}.

Correspondence

Luigi Enrico Zappa, Unità "Disturbi del Comportamento Alimentare", DSM Ospedale "San Gerardo dei Tintori", via Pergolesi 33, 20052 Monza, Italia • Tel. +39 039 2339169 • E-mail: l.zappa@hsgerardo.org

L'alessitimia è stata caratterizzata, in origine, come "incapacità di trovare parole per descrivere i propri sentimenti"⁴; in seguito la concettualizzazione si è spostata su disfunzioni o timori nel riconoscimento emotivo e – all'interno della più ampia teoria dei disordini della regolazione affettiva⁵ – ha assunto il ruolo di dimensione transnosografica riscontrabile non solo nelle patologie cosiddette psicosomatiche, ma anche nei quadri clinici caratterizzati da una prevalenza delle condotte agite su quelle mentalizzate (tossicodipendenze, DCA e disturbi da discontrollo degli impulsi in generale) o dove si delineano difficoltà a utilizzare l'affetto come sistema informativo e motivazionale e nel rapporto con gli altri (disturbi d'ansia, depressivi, da stress post traumatico).

L'idea di una problematica capacità di identificare ed esprimere le emozioni nei DCA risale ai lavori di Bruch⁶, che la riteneva essere il principale problema dell'anoressia, alla base di un senso di totale perdita di controllo della propria vita. Secondo la letteratura, l'alessitimia – conseguenza deficitaria o strategia messa in atto rispetto a una gestione emotiva disregolata o disfunzionale – si associa con tutti i sottogruppi diagnostici dei DCA⁷⁻¹². Pazienti con DCA hanno una significativa difficoltà nell'identificare i loro sentimenti – specialmente rabbia e affetti negativi – e nell'esprimerli verbalmente: clinicamente si osserva il tentativo di evitare sentimenti paurosi e sgradevoli e di limitare l'esperienza emozionale in generale^{13,14}.

Diversi Autori hanno ipotizzato come l'alessitimia sia uno dei fattori responsabili della scarsa risposta al trattamento, delle ricadute e della cronicizzazione nei DCA¹¹. Poiché la gran parte degli studi sono di tipo correlazionale, risulta difficile comprendere la direzione della causalità tra l'alessitimia e il DCA: essa sembra porsi sia come concausa del più ampio deficit della regolazione affettiva, sia come esito dello stesso¹⁵.

Nei soggetti anoressico-bulimici l'incapacità di affidarsi a sentimenti e a sensazioni corporee per guidare il comportamento causa la tipica sensazione di inefficacia e si ripercuote sul processo di formazione dell'immagine corporea e dell'identità. Le carenti informazioni su desideri e bisogni, inoltre, ostacolano la formazione di confini stabili e incrementano la dipendenza dall'ambiente esterno. In questo contesto, i rituali sul cibo rappresentano un mezzo di auto-cura per la regolazione degli stati emotivi sgradevoli e di altri aspetti di sé. Il comportamento alimentare, con un'illusione di necessità, contiene l'esperienza emozionale rinforzando il senso di inviolabilità e di integrità psicologica, fino a divenire meccanismo di difesa compulsivo finalizzato a regolare stati di tensione intollerabili.

Nonostante le numerose e approfondite speculazioni sul ruolo dell'alessitimia nella patogenesi dei disturbi men-

tali e organici, la letteratura non sembra giunta a conclusioni chiare e univoche circa l'utilità del costrutto in campo clinico, non fornendo chiare indicazioni sul ruolo dell'alessitimia nel mantenimento delle patologie, sull'influenza degli usuali approcci di trattamento sul costrutto, o sulla necessità di ideare e sperimentare terapie alternative con eventuali modifiche dei setting classici.

Lo scopo del lavoro è quello di valutare, alla luce di dati empirici e della letteratura recente, la presenza di alessitimia in un campione clinico e la sua correlazione con variabili epidemiologico/cliniche, caratteristiche psicologiche e gravità sintomatologica specifica del disturbo, nonché altre dimensioni relative alla psicopatologia generale.

Materiali e metodi

Il campione considerato è costituito da pazienti "nuovi ingressi" afferenti agli ambulatori specialistici per la cura dei disturbi del comportamento alimentare delle Aziende Ospedaliere "San Gerardo" di Monza e "San Paolo" di Milano nel periodo ottobre 2008/luglio 2009. Secondo i protocolli di entrambi gli ambulatori sono esclusi dalla presa in carico – pertanto anche dal campione – pazienti di età < 17 e > 65 anni, con sintomi psicotici e condotte attive di abuso/dipendenza da sostanze. Sono stati viceversa inclusi nel campione pazienti per cui risultava confermata la diagnosi di disturbo del comportamento alimentare secondo i criteri diagnostici del DSM IV-TR.

Il processo di valutazione psicodiagnostica è stato eseguito attraverso l'uso dei seguenti strumenti autosomministrati: *Toronto Alexithymia Scale 20* (TAS20)¹⁶ per la misurazione del tratto alessitimico, *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2)¹⁷ per la valutazione dei sintomi e delle caratteristiche psicologiche rilevanti del DCA, e *Symptom Checklist-90* (SCL-90)¹⁸ per quantificare i sintomi generali di psicopatologia. Le interviste diagnostiche SCID-I e SCID-II sono state somministrate per la conferma delle diagnosi in Asse I e II^{19,20}.

La *Toronto Alexithymia Scale* a 20 item, studiata nel tentativo di superare le limitazioni degli strumenti esistenti per la misurazione psicometrica del costrutto alessitimico (*Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire*, *Alexithymia Provoked Response Questionnaire*, *MMPI-Alexithymia Scale*, *Shalling Sifneos Personality Scale*), è stata utilizzata nel 90% degli studi pubblicati e "fornisce una misurazione omogenea del costrutto di alessitimia"¹⁶. Si articola in tre sottoscale (TAS-DIS, difficoltà nell'identificare i sentimenti, TAS-DCS, difficoltà nel descrivere i sentimenti agli altri, TAS-PO, pensiero orientato all'esterno) e 20 item su scala likert da 1 a 5. Nonostante l'alessitimia sia considerata un costrutto dimensionale e la TAS20 sia una variabile continua, la scala prevede dei punteggi soglia (< 50 alessitimia negativa; 50-60 alessitimia indeterminata; > 60 alessitimia positiva). Data la

debolezza del fattore TAS-PO riscontrata in studi recenti e la mancanza di cut-off stabiliti per le sottoscale, si è scelto di valutare il solo indice di severità globale per l'alessitimia.

Le sottoscale dell'EDI-2, Consapevolezza enterocettiva e Sfiducia Interpersonale, forniscono informazioni rilevanti sulla regolazione degli affetti: questi tratti si sovrappongono a due aspetti del costrutto dell'alessitimia quali difficoltà a identificare i sentimenti e a distinguerli dalle sensazioni corporee che accompagnano le emozioni e difficoltà a comunicare i propri sentimenti agli altri.

Nell'elaborazione dei dati, dopo l'analisi della distribuzione delle variabili continue attraverso i test di normalità di K-S e di Lilliefors, sono stati utilizzate le matrici di correlazione e il T-test per le variabili normodistribuite, il test U di Mann-Whitney per quelle non normodistribuite (Scale EDI-2, TAS20, SCL-90); il χ^2 di Pearson è stato utilizzato per indagare eventuali relazioni tra variabili ordinali.

Risultati

Sono stati reclutati 125 soggetti, 119 (95,20%) di sesso femminile e 6 (4,80%) di sesso maschile, con età media di $32,17 \pm 12,48$ DS; più della metà del campione aveva scolarità superiore al diploma. 33 (26,4%) pazienti sono stati diagnosticati affetti da anoressia nervosa, 27 (21,6%) da bulimia nervosa, 65 (52,0%) da disturbo alimentare non altrimenti specificato di cui 30 (24%) da *binge eating disorder*. Quest'ultimo gruppo mostrava età significativamente maggiore rispetto agli altri gruppi diagnostici. Le pazienti affette da AN avevano BMI medio di 16,64; quelle con BN di 21,74; i pazienti con diagnosi NAS 26,97, mentre per i pazienti con BED il BMI medio ri-

sultava di 34,17. L'esordio medio di malattia era intorno ai 20 anni e la durata significativamente maggiore nei pazienti BED e NAS. 49 pazienti (39,20%) avevano già intrapreso altri tipi di trattamenti più o meno specifici per DCA (psicoterapie, farmacoterapie, diete) e 15 (12%) dichiaravano precedenti ricoveri in comunità/cliniche specializzate per DCA o in reparti medici o psichiatrici. Tra i quattro gruppi diagnostici, le pazienti bulimiche avevano maggiormente usufruito di trattamenti per il disturbo nel periodo precedente l'osservazione (60% circa del campione rispetto a una quota tra il 30 e il 40% circa degli altri gruppi), nonché di ricoveri ospedalieri o in specifiche strutture. Nessuna tra le pazienti anoressiche aveva subito precedenti ricoveri (Tab. I).

Per il 14,4% dei pazienti si segnala una seconda diagnosi comorbile in Asse I: 6,4% dei pazienti soffre di un disturbo depressivo, 2,4% di DOC, 1,6% di distimia; altrettanti di depressione bipolare e di disturbo di panico. Il 49,2% dei pazienti presenta una codiagnosi in Asse II: in più della metà dei casi la diagnosi è riferibile al Cluster B (disturbo di personalità borderline o, ipoteticamente, depressivo); il 9,6% dei pazienti risponde alla diagnosi di disturbo di personalità ossessivo compulsivo.

Il 37,6% dei pazienti riporta TAS20 patologiche (> 60). La somministrazione della TAS20 rivela la presenza di alessitimia nel 36,4% dei pazienti con diagnosi di anoressia nervosa, nel 44,4% dei pazienti con diagnosi di bulimia nervosa, nel 40% dei BED (40,0%) e nel 31,4% dei pazienti con diagnosi di disturbo alimentare NAS. La maggior presenza del tratto alessitimico si ritrova tra le pazienti bulimiche, ma differenze sulla base della specifica diagnosi non risultano statisticamente significative. Si è ottenuto un esito TAS20 "indeterminato" (> 50 e < 60) in un ulteriore 26,4% del campione totale,

TABELLA I.

Caratteristiche epidemiologico-cliniche del campione. *Epidemiological and clinical characteristics of the sample.*

	N	%	M	F	Età media	DS	BMI medio	DS	Onset medio	DS	Durata malattia	Tratt. prec.	Ricoveri prec.
Pz	125	100,0	6 (4,8%)	119 (95,2%)	32,17	12,48	–	–	–	–	–	49 (39%)	15 (12%)
AN	33	26,4	2	31	26,88	9,38	16,64	5,85	19,75	5,85	6,78	10 (30%)	0
BN	27	21,6	1	26	28,07	7,56	21,74	6,58	19,15	6,58	8,93	16 (59%)	7 (26%)
BED	30	24,0	1	29	42,26	13,96	34,17	14,50	22,73	14,50	19,53	10 (33%)	4 (13%)
NAS	35	28,0	2	33	31,65	12,03	26,97	10,22	19,23	10,22	12,43	13 (37%)	4 (11%)
Scolarità			Elementare		Media		Diploma		Laurea		Non rilevata		
Pz	125	100,0	1 (0,8%)		30 (24%)		63 (50,4%)		9 (7,2%)		22 (17,6%)		

TABELLA II.

Frequenza di TAS20 > 60 nei sottogruppi diagnostici. *Frequency of TAS20 > 60 in the different diagnostic subgroups.*

	N	TAS20 ≥ 60	%	TAS20 > 50 e < 60	%	TAS20 ≥ 50	%
Pz	125	47	37,6%	33	26,4%	80	64,0%
AN	33	12	36,7%	9	27,3%	21	63,6%
BN	27	12	44,4%	9	33,3%	21	77,8%
BED	30	12	40,0%	10	33,3%	22	73,3%
NAS	35	11	31,4%	5	14,3%	16	45,7%

in particolare nel 27,3% delle pazienti anoressiche, nel 33,3% delle pazienti bulimiche e in altrettanti pazienti BED (33,3%) e nel 14,3% dei restanti pazienti con DCA NAS. Sommando i risultati TAS20 positivi a quelli con punteggio > 50 e < 60, si osserva come la presenza del tratto Alessitimico si possa riscontrare nel 64% dei pazienti con DCA (63,6% AN; 77,8% BN; 73,3% BED; 45,7% NAS) (Tab. II).

I punteggi medi ottenuti nei quattro gruppi diagnostici rientrano nella fascia indeterminata (> 50 e < 60) e, dal loro confronto, non emergono differenze significative. Non si riscontrano differenze nell'età, nel livello di scolarità, nel BMI, nell'onset di malattia, nell'accesso a precedenti trattamenti tra pazienti positivi e pazienti negativi alla TAS20. Mediante regressione lineare si sono analizzate le relazioni tra i punteggi TAS20 e alcune variabili continue come l'età dei pazienti, il BMI e l'età d'esordio di malattia: in nessuno dei casi l'analisi è risultata significativa, indicando l'indipendenza di tali fattori. In nessun sottogruppo diagnostico le relazioni sopracitate vengono soddisfatte. Non si riscontrano differenze nei punteggi TAS sulla base della presenza di una seconda diagnosi in Asse I. Tra i pazienti che non presentano diagnosi sull'Asse II, il tratto Alessitimico si riscontra raramente (30,4%) e in misura nettamente inferiore rispetto a quanto accade nei pazienti con disturbo di personalità, dove la TAS20 è positiva per più della metà dei casi (69,6%). Tale differenza risulta statisticamente significativa al test U Mann-Whitney (Tab. III). Il punteggio complessivo TAS20 risulta correlato con il punteggio globale EDI-2. In particolare, la correlazione

positiva si rivela con le sottoscale Insoddisfazione per il corpo; Inadeguatezza; Consapevolezza Enterocettiva; Impulsività; Sfiducia Interpersonale; Insicurezza Sociale (Tab. IV). Per ogni sottogruppo diagnostico si sono confrontati i punteggi EDI2 rispetto alla presenza o meno del tratto Alessitimico:

- pazienti AN Alessitimiche riportano un maggior livello di Insoddisfazione Corporea rispetto alle non Alessitimiche;
 - pazienti BN Alessitimiche riportano maggiori livelli di Insoddisfazione per il corpo; Inadeguatezza; Consapevolezza Enterocettiva; Impulsività; Sfiducia Interpersonale; Insicurezza Sociale rispetto alle non Alessitimiche;
 - pazienti BED Alessitimici non ottengono, alle sottoscale EDI2, punteggi differenti rispetto ai BED non Alessitimici;
 - pazienti con DCA NAS Alessitimici riportano maggiori livelli di Inadeguatezza; Impulsività; Sfiducia Interpersonale; Insicurezza Sociale rispetto ai non Alessitimici.
- Si ritrova correlazione positiva tra TAS20 e l'indice di severità globale SCL-90; tale dato viene confermato per tutte le sottoscale SCL-90 (Tab. V). Per ogni sottogruppo diagnostico si sono confrontati i punteggi SCL-90 rispetto alla presenza o meno del tratto Alessitimico:
- pazienti AN Alessitimiche riportano un maggior punteggio globale e punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Relazioni Interpersonali, Depressione, Ideazione Paranoidea e Psicoticismo rispetto alle non Alessitimiche;

TABELLA III.

TAS20 > 60 rispetto alla presenza di diagnosi in Asse II. Significatività al Test U Mann-Whitney. *Relationship between TAS20 > 60 and Axis II diagnoses. Statistical significance on the Mann-Whitney U-Test.*

		TAS20 > 60 46 (100%)	TAS20 < 60 78 (100%)
Diagnosi Asse II	61 (49,2%)	32 (69,6%)	29 (37,2%)
Assenza di diagnosi Asse II	63 (50,8%)	14 (30,4%)	49 (62,8%)

$\chi^2 p = 0,0004$ - Test U Mann-Whitney $p = ,000273$.

TABELLA IV.

Correlazioni significative TAS20-EDI2 nel campione DCA (Test U Mann-Whitney). *Significant TAS20-EDI2 correlations in EDs sample (Mann-Whitney U-test).*

	Som. Rang TAS ≥ 60	Som. Rang TAS < 60	U	p level	p esatto
IC	3409,50	4216,50	1213,50	,003570	,003321
IN	3681,00	3945,00	942,00	,000015	,000009
SI	3806,50	3819,50	816,50	,000001	,000000
CE	3470,00	4156,00	1153,00	,001238	,001109
I	3232,00	3554,00	926,00	,000181	,000143
IS	3341,50	3444,50	816,50	,000013	,000008
GSI	3663,00	4212,00	1131,00	,000347	,000290

TABELLA V.

Correlazioni TAS20-SCL90 nel campione DCA (Test U Mann-Whitney). *Significant TAS20-SCL90 correlations in the EDs sample (Test U Mann-Whitney).*

	Som. Rang TAS ≥ 60	Som. Rang TAS < 60	U	p level	p esatto
SOM	3807,50	4067,50	986,50	,000016	,000010
OC	3961,50	3913,50	832,50	,000000	,000000
INT	3772,50	4102,50	1021,50	,000035	,000024
DEP	3945,50	3929,50	848,50	,000001	,000000
ANX	3749,00	4126,00	1045,00	,000059	,000043
HOS	3804,00	3822,00	896,00	,000004	,000002
PHOB	3661,50	4088,50	1085,50	,000193	,000153
PAR	3726,50	4148,50	1067,50	,000096	,000072
PSY	3962,50	3787,50	784,50	,000000	,000000
SLEE	3606,50	4143,50	1140,50	,000570	,000486
GSI	3907,00	3843,00	762,00	,000000	,000000

- pazienti BN alessitimiche riportano un maggior punteggio globale e punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Somatizzazione, Ossessività, Relazioni Interpersonali, Depressione, Ansia, Ostilità e Psicoticismo rispetto alle non alessitimiche;
- pazienti BED alessitimici riportano un maggior punteggio globale e punteggi significativamente maggiori nelle sottoscale Ossessività, Depressione, Ostilità e Psicoticismo rispetto ai non alessitimici;
- pazienti con DCA NAS alessitimici riportano un maggior punteggio globale e punteggi significativamente maggiori in tutte le sottoscale rispetto ai non alessitimici.

Conclusioni

Nel nostro campione il tratto alessitimico è stato riscontrato in misura nettamente inferiore rispetto a quanto

emerge da studi precedentemente pubblicati: in luogo del 36,4% di pazienti alessitimiche con AN, infatti, Bourke⁷ riscontrava un valore pari al 77% (punteggio medio TAS 79,3), mentre Schmit e Treasure¹³ e Cochrane²¹ valori intorno al 55%.

La percentuale di alessitimia riscontrata in pazienti bulimiche del 44,4% è in linea con quanto ritrovato da Jimerson⁸ e Schmidt¹³, mentre sottostima il dato rispetto ai valori ritrovati da Cochrane²¹ del 56% e De Groot¹⁶ del 61%. È bene rilevare che una buona percentuale del nostro campione ottiene alla TAS20 un punteggio "indeterminato" (> 50 e < 60) (26,4%): accorpando quest'ultima quota ai test con esito positivo si raggiungono risultati paragonabili a quelli segnalati dalla letteratura di riferimento. Va precisato come all'interno dello studio di validazione italiano della scala¹⁷ non compaiano chiare indicazioni su come utilizzare i dati che rientrano in questa fascia.

I pazienti testati non si differenziano nella presenza del tratto Alessitimico a seconda della specifica diagnosi formulata, in linea con i lavori di Rastam²⁴ e Corcos e Speranza²⁵. A questo proposito i dati della letteratura risultano discordi, sottolineando come l'alessitimia fosse presente in misura maggiore talvolta in pazienti con AN, talvolta in pazienti con BED. Risultano di grande interesse gli studi di Gilboa-Schechtman e Avnon²⁶ che, anziché soffermarsi sulla presenza quantitativa del tratto, esprimevano una differenza qualitativa tra pazienti AN e BN, descrivendo le prime come emotivamente poco consapevoli e le seconde come poco capaci di mantenere una regolazione emotiva efficace. In un recente editoriale Fox²⁷ suggerisce di decostruire il concetto di Alessitimia inteso come "monolitica difficoltà con le emozioni" e di rivisitarlo secondo queste stesse direzioni: "identificazione delle emozioni" ed "espressione delle emozioni".

Anche i valori riscontrati in pazienti BED (40,0%) e NAS (31,4%) risultano inferiori rispetto a studi precedenti: Cochran²¹ riscontrava Alessitimia nel 64% dei pazienti con DCA NAS mentre Carano e De Berardis¹¹ nel 50% circa dei pazienti con BED.

In accordo con gli studi precedentemente pubblicati la presenza dell'alessitimia non correla con il BMI^{7 13 21 29 30}: un BMI nel range di normalità non corrisponde a una miglior capacità di riconoscimento o espressione delle emozioni. Ciò suggerisce che l'alessitimia non è solamente un prodotto della malnutrizione e della perdita di peso e che può essere considerata un tratto di personalità piuttosto che una condizione legata allo stato.

Dai dati raccolti non risulta neppure una correlazione con l'età dei pazienti, con la scolarità – in disaccordo con Bourke⁷ che sottolineava la relazione inversa scolarità-alessitimia – né con l'età di esordio della malattia. La presenza di una seconda diagnosi in Asse I non differenzia i pazienti rispetto al tratto Alessitimico. A causa di una eccessiva dispersione del campione, l'esiguo numero di codiagnosi riportate per i pazienti non consente di valutare se, per altre specifiche diagnosi in Asse I e in particolare per i disturbi depressivi, sia presente un'associazione privilegiata con la positività alla TAS20. Data la nota comorbilità tra disturbi affettivi e DCA, avanziamo l'ipotesi che tale variabile sia stata sottostimata nella raccolta dei dati. La presenza di una sintomatologia depressiva importante tra i nostri pazienti viene confermata nella valutazione psicometrica all'SCL-90 che riporta punteggi medi elevati per la sottoscala relativa. Nel gruppo complessivo dei pazienti, e per ogni sottogruppo diagnostico, si ritrova una correlazione positiva tra il punteggio globale TAS20 e la sottoscala per la depressione; nei diversi gruppi diagnostici, pazienti positivi alla TAS20 mostrano un livello di depressione significativamente maggiore rispetto ai non Alessitimici.

La positività alla TAS20, d'altro canto, potrebbe essere influenzata dallo stato affettivo acuto e la stessa sintoma-

tologia depressiva potrebbe incrementare lo stato Alessitimico risultando una variabile confondente. Secondo Sexton³¹ il livello di depressione è una variabile predittiva del livello totale di Alessitimia e il miglioramento dello stato timico dovrebbe accompagnarsi a un miglioramento nel riconoscimento e nell'espressione emotiva. Rispetto alla relazione Alessitimia/disturbi dell'umore, la letteratura di riferimento mostra, in realtà, risultati non univoci e controversi: mentre Corcos²⁵ e Montebarczyk³² sostengono che il livello di Alessitimia non risulta discriminante per i DCA dopo il controllo delle variabili depressive, De Groot²² riconosce che pazienti bulimiche risultano più Alessitimiche dei controlli sani anche dopo l'isolamento della componente dovuta allo stato timico.

Per circa la metà dei nostri pazienti è presente una Diagnosi in Asse II: per le pazienti con diagnosi di AN si nota un'associazione con disturbi del Cluster C, mentre l'associazione con disturbi del Cluster B – in particolare con il disturbo di personalità borderline – prevale nel gruppo di pazienti con diagnosi di BN.

La presenza di una diagnosi in Asse II risulta predittiva per la positività alla TAS20. Grotstein³³ ha considerato i disturbi di personalità (in particolare il disturbo borderline) disturbi dell'autoregolazione e ha osservato come i pazienti, mancando della capacità di confortarsi da soli o attraverso le relazioni oggettuali, siano costretti a ricorrere a espedienti – nel caso specifico, il cibo – per regolare i propri stati psichici: l'Autore ha definito l'alessitimia uno dei deficit evolutivi alla base dei problemi di regolazione nei DP. Il dato derivante dalla nostra ricerca sostiene tale osservazione. Anche Bach³⁴ e Sexton³¹ hanno rilevato le personalità dipendenti ed evitanti come predittori significativi dell'alessitimia.

Come già descritto da Laquatra²⁸, Zwaan e Bach²⁹ e Taylor³⁰, il punteggio complessivo della TAS20 correla con il punteggio globale EDI-2: il punteggio TAS20 è maggiore nei pazienti che presentano elevati punteggi EDI-2 e che quindi mostrano sintomi clinicamente rilevanti legati al disturbo alimentare. In particolare, la correlazione positiva si rivela nelle sottoscale Insoddisfazione per il corpo; Inadeguatezza; Consapevolezza Enterocettiva; Impulsività; Sfiducia Interpersonale; Insicurezza Sociale. Questo dato sostiene la teoria dello "spostamento sul corpo" delle emozioni non adeguatamente riconosciute a livello cognitivo ed espresse. In accordo con la formulazione teorica, il costrutto dell'alessitimia non presenta correlazione con gli atteggiamenti e i comportamenti che concernono il mangiare, il peso e la forma fisica e neppure con l'idea che solamente i più alti standard di performance personale siano accettabili.

Tra i sottogruppi diagnostici, pazienti bulimiche Alessitimiche si differenziano significativamente dalle non Alessitimiche per una maggior preponderanza e gravità delle caratteristiche psicologiche misurate dall'EDI2 e

correlate alla TAS20 (Insoddisfazione Corporea, Sfiducia Interpersonale, Inefficacia, Consapevolezza Enteroceffiva, Insicurezza Sociale): la positività alla scala seleziona quindi le pazienti in cui la disregolazione affettiva, misurata dalle scale sopracitate, nel complesso è più grave. La forte correlazione tra TAS20 e SCL-90 suggerisce un legame tra alessitimia e sintomi psicopatologici. In maniera concorde a quanto riscontrato da La Ferlita³⁵, la correlazione tra punteggi TAS20 e SCL-90 sostiene la concezione dell'alessitimia come dimensione transnosografica rispetto a patologie accomunate dalla disregolazione affettiva. La correlazione TAS20 con SCL-90 viene descritta anche da Grabe³⁶ a conferma che segni di psicopatologia possono essere associati con difficoltà cognitive nel processamento emotivo: la difficoltà nella lettura delle emozioni può esitare in un aumento dei sintomi psicopatologici poiché il paziente risulta meno capace di adattarsi alle situazioni stressanti; tali situazioni generano un flusso emozionale che viene associato alla componente somatica piuttosto che alle caratteristiche emotive o cognitive che non riescono a condurre a strategie adattative adeguate.

Importante limite dello studio è quello di aver preso in considerazione una sola scala per la valutazione dell'alessitimia: la valutazione del tratto psicologico è inevitabilmente dipendente dalla possibilità del soggetto di riferire ciò che sente e, paradossalmente, è proprio questa la capacità che, per definizione, è deficitaria negli alessitimici. La letteratura pone alcune critiche fondamentali alla TAS20: in primo luogo, in aperta contraddizione con il costrutto che prevede lo scarso accesso introspettivo all'autovalutazione degli alessitimici, si tratta di uno strumento self-report, per cui sarebbe necessaria un'ulteriore valutazione clinica delle caratteristiche del paziente in parallelo da parte di un osservatore. In secondo luogo, andrebbe considerato che l'uso di un unico strumento nel processo di misurazione introduce nella ricerca un bias sistematico, da ovviare mediante l'uso di un altro strumento psicometricamente valido che confermi la validità dei risultati ottenuti con il primo. A tal proposito, sono state recentemente sviluppate misure alternative o aggiuntive alla TAS20, talune etero-somministrate, altre ancora in fase di validazione: fra le più importanti si possono menzionare la scala olandese di Bermond e Vorst, *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*, BVAQ; la scala californiana etero-somministrata di Haviland, *Observer Alexithymia Scale*, OAS; la *Toronto Structured Interview for Alexithymia*, TSIA, a 24 item e dello stesso gruppo di Toronto (2004), alcuni indici del *Rorschach Comprehensive System* e la Scala Alessitimica Romana (SAR) di Baiocco e Laghi. Quest'ultima scala è il risultato di un progetto intrapreso nel 1999 dall'Università La Sapienza di Roma e aggiunge alle dimensioni TAS i fattori Espressione Somatica delle Emozioni e Difficoltà a essere empatici, raggiungendo la valutazione di cinque fattori o dimensioni totali.

Uno studio di Koiman e Spinhoven³⁷ raccomanda l'uso della TAS20 nella ricerca empirica solo in combinazione con altri strumenti, mentre non consiglia lo strumento nella pratica clinica. Gli Autori hanno pubblicato una revisione sull'uso della TAS20 in letteratura e hanno visto come il maggior uso della TAS sia stato fatto con campioni non clinici. Tra le tre dimensioni fattoriali, TAS-PO sembra essere la più debole e non sempre replicabile: sembrerebbe che l'analisi fattoriale esiti in differenti risultati se applicata su campioni clinici o meno. Anche Suslow e Kersting³⁸ hanno fortemente criticato l'uso della scala in quanto i risultati da essa forniti sarebbero scarsamente consistenti poiché troppo influenzabili da variabili di stato: gli Autori suggeriscono l'uso di misure dirette dell'alessitimia come la *Levels of Emotional Awareness Scale*. La BVAQ gode di caratteristiche psicometriche superiori rispetto alla TAS, è meno sensibile ma più specifica; la validazione della scala conferma il legame del costrutto alessitimia con le dimensioni dell'ansia e della depressione, nonché con l'anedonia e l'ansia sociale. Berthoz e Perderau³⁹ hanno comunque confermato la correlazione tra le scale TAS20, BVAQ e OAS e la maggior frequenza del tratto alessitimico rilevato con le tre scale in campioni di pazienti con DCA rispetto alla popolazione generale.

Le analisi dei dati si sono basate esclusivamente sul punteggio globale esperito alla TAS20, non considerando i risultati forniti dalle sottoscale anche a fronte della citata debolezza del terzo fattore, TAS-PO. Una valutazione delle sottoscale, in particolare TAS-DIS e TAS-DCS, avrebbe permesso di valutare eventuali specificità del profilo alessitimico all'interno dei sottogruppi diagnostici.

L'eccessiva dispersione di alcuni dati non ha consentito di procedere nelle analisi relative alle specifiche co-diagnosi in Asse I o alla diagnosi in Asse II. Una più attenta analisi della relazione tra alessitimia e specifici disturbi di personalità potrebbe essere di grande interesse.

Riepilogando, lo studio in oggetto espone e discute risultati e limiti della somministrazione di tre scale di valutazione (TAS20, SCL-90 e EDI-2) in un campione di pazienti con DCA. Quanto discusso attesta la presenza di alessitimia nel 38% circa del campione, risultato inferiore rispetto a quanto emerge dalla letteratura di riferimento. Il maggior tasso di alessitimia viene riscontrato tra le pazienti con BN, ma i sottogruppi diagnostici (AN; BN; BED; NAS) non si differenziano per la presenza di alessitimia, né considerando la TAS20 come variabile dicotomica, né considerandola come variabile continua. La TAS20 non risulta correlata con variabili epidemiologiche o cliniche. L'alessitimia si riscontra con maggior frequenza tra i pazienti con una diagnosi in Asse II. La TAS20 correla con il punteggio globale EDI-2 e, tra i sottogruppi diagnostici, pazienti bulimiche alessitimiche ottengono risultati significativamente maggio-

ri rispetto alle non alessitimiche nelle sottoscale relative alla corporeità e agli aspetti relazionali. La TAS20 correla con il livello generale di psicopatologia misurato all'SCL-90; pazienti alessitimici ottengono punteggi significativamente maggiori rispetto ai non alessitimici in varie sottoscale tra cui quella relativa alla depressione, stato aggravante la condizione alessitimica.

Tra gli sviluppi futuri sarebbe utile e interessante valutare la variazione nel livello alessitimico a fronte dell'atteso miglioramento clinico dopo terapia. A oggi, la letteratura presenta reperti discordi: De Grot²², studiando pazienti con BN in trattamento, ha trovato una riduzione del 50% del tasso di alessitimia. Egli concludeva che la reversibilità parziale dell'alessitimia potesse essere un effetto del trattamento o essere secondaria a una riduzione dei sintomi depressivi. Schmidt¹³, all'opposto, ha riportato la mancata riduzione di punteggi alessitimici nonostante la riduzione della sintomatologia alimentare in un campione DCA trattato farmacologicamente; lancu⁴⁰ giungeva allo stesso risultato in un campione di pazienti anoressiche trattato con psicoterapia integrata. L'alessitimia ha sicuramente un ruolo nella psicopatologia del DCA, ma l'eccessiva complessità del costruito sembra renderlo scarsamente utile in campo clinico. Rimane di indubbia importanza il lavoro verso approcci terapeutici innovativi in grado di incoraggiare e riabilitare le potenzialità innate dell'espressione emozionale. Gli sviluppi futuri dovrebbero anche approfondire l'idoneità dell'alessitimia nel predire l'outcome di trattamento: l'identificazione di variabili predittive è un fattore critico per accrescere il grado di sofisticazione con cui trattare i pazienti, favorendo la scelta del trattamento più adeguato in funzione del profilo clinico di presentazione.

Bibliografia

- Carta I, Zappa LE, Garghentini G, et al. *Immagine corporea: studio preliminare dell'applicazione del Body Uneasiness Test (BUT) per la ricerca delle specificità dei disturbi del comportamento alimentare, ansia, depressione, obesità*. Giorn Ital Psicopat 2008;14:23-8.
- Fassino S, Daga DA, Pierò A, et al. *Psychological factors affecting eating disorders*. Adv Psychosom Med 2007;28:141-68
- Fox JRE. *Eating Disorders and Emotions*. Clin Psychol Psychoter 2009;16:237-9.
- Sifneos PE. *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. Psychother Psychosom 1973;22:255-62.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *I disturbi della regolazione affettiva: l'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2000.
- Bruch H. *Perceptual and conceptual disturbants in anorexia nervosa*. Psychosom Med 1962;24:187-94.
- Bourke MP, Taylor GJ, Parker JD, et al. *Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation*. Br J Psychiatry 1992;161:240-3.
- Jimerson DC, Wolfe BE, Franko DL, et al. *Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates*. Psychosom Med 1994;56:90-3.
- Speranza M, Loas G, Wallier J, et al. *Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: a 3-year prospective study*. J Psychosom Res 2007;63:365-71
- Wheeler K, Greiner P, Boulton M. *Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women*. Perspect Psychiatr Care 2005;41:114-23.
- Carano A, De Berardis D, Gambi F. *Alexithymia and body image in adult outpatients with binge eating disorder*. Int J Eat Disord 2006;39:332-40.
- Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, et al. *Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders*. J Psychosom Res 1996;41:561-8.
- Schmidt U, Jiwany A, Treasure J. *A controlled study of alexithymia in eating disorders*. Compr Psychiatry 1993;34:54-8.
- Markey MA, Vander WJS. *The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology*. Compr Psychiatry 2007;48:458-64.
- Fox JRE, Power MJ. *Eating disorders and multilevel models of emotion: an integrated model*. Clin Psychol Psychoter 2009;16:237-9.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale – IV Reliability and factorial validity in different languages and countries*. J Psychosom Res 2003;55:277-83.
- Garner DM. *Edi-2, Eating Disorder Inventory-2*. Adattamento italiano a cura di Rizzardi M, Trombini E, Trombini G. Firenze: Organizzazioni Speciali 1995.
- Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report*. In: Guy W, editors. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. Revised 1976*. DHEW Publication No. (ADM) 76-338, 1976.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *SCID-II, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*. Adattamento italiano a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, et al. Firenze: Organizzazioni Speciali 2000.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. *SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Adattamento italiano a cura di Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, et al. Firenze: Organizzazioni Speciali 2000.
- Cochrane CE, Brewerton TD, Wilson DB, et al. *Alexithymia in the eating disorder*. Int J Eat Disord 1993;14:212-22.
- De Groot JM, Rodin G, Olmsted MP. *Alexithymia, depression, and treatment outcome in bulimia nervosa*. Compr Psychiatry 1995;36:53-60.
- Bressi C, Taylor G. *Cross validation of the factor structure of the 20 item TAS: an Italian multicenter study*. J Psychosom Res, 1996;41:551-9.

- ²⁴ Råstam M, Gillberg C, Gillberg IC, et al. *Alexithymia in anorexia nervosa: a controlled study using the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:385-8.
- ²⁵ Corcos M, Guilbaud O, Speranza M. *Alexithymia and depression in eating disorders*. *Psychiatry Res* 2000;93:263-6.
- ²⁶ Gilboa-Schechtman E, Avnon L, Zubery E, et al. *Emotional processing in eating disorders: specific impairment or general distress related deficiency?* *Depress Anxiety* 2006;23:331-9.
- ²⁷ Fox JRE. *Eating Disorders and Emotions*. *Clin Psychol Psychoter* 2009;16:237-9.
- ²⁸ Laquatra TA, Clopton JR. *Characteristics of alexithymia and eating disorders in college women*. *Addict Behav* 1994;19:373-80.
- ²⁹ Zwaan M, Bach M, Mitchell JE. *Alexithymia, obesity, and binge eating disorder*. *Int J Eat Disord* 1995;17:135-40.
- ³⁰ Taylor GJ, Bagby RM. *New trends in Alexithymia Research*. *Psychoter Psychosom* 2004;73:68-77.
- ³¹ Sexton MC, Sunday SR, Hurt S, et al. *The relationship between alexithymia, depression, and axis II psychopathology in eating disorder inpatients*. *Int J Eat Disord* 1998;23:277- 86.
- ³² Montebanocci O, Codispoti M. *Alexithymia in female patients with eating disorders*. *Eat Weight Disord* 2006;11:14-21.
- ³³ Grotstein JS. *The borderline as a disorder of self regulation*. In: Grotstein JS, Solomon, editors. *The Borderline Patients: emerging concept in diagnosis, psychodynamics, treatment*. Hillsdale, NJ: Analitic Press 1987, pp. 347-83.
- ³⁴ Bach M, de Zwaan M. *Alexithymia relationship to personality disorders*. *Compr Psychiatry* 1994;35, 239-43.
- ³⁵ La Ferlita V, Bonadies M, Solano L. *Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS20 su un campione di 360 adolescenti italiani*. *Infanzia e Adolescenza* 2007;6:131-44.
- ³⁶ Grabe HJ, Spitzer C, Freyberger HJ. *Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology*. *Am J Psychiatry* 2004;161:1299-301.
- ³⁷ Kooiman CG, Spinhoven P, Trijsburg RW. *The assessment of alexithymia: a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20*. *J Psychosom Res* 2002;53:1083-90.
- ³⁸ Suslow T, Kersting A, Ohrmann P, Arolt V. *A critique of the construct "alexithymia" and its measurement – the weakness of self report and the opportunities of an objective assessment approach*. *Z Psychosom Med Psychother* 2001;47:153-66.
- ³⁹ Berthoz S, Perdereau F, Godart N, et al. *Observer and self-rated alexithymia in eating disorder patients: levels and correspondence among three measures*. *J Psychosom Res* 2007;62:341-7.
- ⁴⁰ Iancu I, Cohen E, Yehuda YB, et al. *Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness*. *Compr Psychiatry* 2006;47:189-93.