

# Alessitimia e personalità in pazienti con disturbi d'ansia e depressione maggiore: influenze sull'outcome di trattamento

*Alexithymia and personality in patients with anxiety disorders and major depression: effects on treatment outcome*

E. Mori<sup>1</sup>, A. Drago<sup>2</sup>, D. De Ronchi<sup>1</sup>, A. Serretti<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – DIBINEM, Università di Bologna, Italia; <sup>2</sup>IRCCS “San Giovanni di Dio”, Fatebenefratelli, Brescia, Italia

## Summary

### Objectives

Alexithymia is frequently associated with major depression and anxiety disorders, and in the literature it is considered as a negative prognostic factor in the treatment of these disorders. Nevertheless, limited evidence is available about the effect of alexithymia on treatment outcome. In this study, we analyze the presence of alexithymia in patients with depressive or anxiety disorders. In addition, we investigate the effects of alexithymia considered as a single factor, and the interaction between alexithymia and socio-demographics and clinical variables (personality traits) as modulators of response to combined treatment.

### Materials and methods

Eighteen outpatients with major depression or anxiety disorders underwent pharmacotherapy and individual psychodynamic psychotherapy. Subjects were assessed using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D), the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) and the Toronto Alexithymia Scale 20-item (TAS-20) at baseline and after eight weeks of treatment. Personality traits were assessed with the SCID II at baseline. Outcome was the change in scores of HAM-D and HAM-A from baseline to the eight weeks of treatment. Predictor was the TAS score. The statistical relationship between outcome and predictor was analyzed by linear regression. In the regression model, we included stratification factors (socio-demographics and clinical

variables) as covariates if they had a significant statistic relationship with the main outcome and their interaction with the main outcome is included.

### Results

After eight weeks of treatment, we observed an improvement of 78% on HAM-D and of 69% on HAM-A, while 55.5% of subjects were not alexithymic, 22.2% were borderline alexithymic and 5.5% were diagnosed as alexithymic. No significant effect resulted from the analysis of alexithymia as a modulator of response to anxiety or depressive symptoms. On the other hand, the combination of alexithymia with “older age” predicted worse outcome by the HAM-D ( $p = 0.02873$ ). Moreover, we observed a negative correlation between “obsessive-compulsive personality traits” and improvement on HAM-D ( $p = 0.002314$ ), and a positive correlation between alexithymia and obsessive-compulsive personality traits ( $p = 0.02629$ ).

### Conclusions

Alexithymia may interfere with response to treatment in subjects with depressive or anxiety disorders when combined with other socio-demographic and clinical variables. Further research is mandatory to confirm these results.

### Key words

Alexithymia • Depression • Anxiety disorders • Treatment • Personality

## Introduzione

Il concetto *alessitimia*, originariamente introdotto da Sifneos (1973) per indicare la ridotta capacità di un soggetto di elaborare coscientemente i vissuti emotivi<sup>1</sup>, è stato progressivamente rielaborato individuandone tre fattori costitutivi: i) difficoltà di identificazione delle emozioni; ii) difficoltà di comunicazione delle emozioni; e iii) presenza di pensiero operatorio (*externally-oriented*

*thinking*)<sup>2,3</sup>. In accordo a questa definizione operativa sono stati elaborati strumenti di valutazione specifici e standardizzati che hanno consentito di indagare l'alessitimia in ampie popolazioni e di incrementarne la conoscenza. Le ricerche condotte ne hanno evidenziato un'elevata frequenza in associazione a disturbi mentali<sup>4-7</sup> e, in particolare, a disturbi ansiosi<sup>8-10</sup> e depressivi<sup>11-17</sup> con prevalenza fino al 32% in soggetti affetti da depressione<sup>15</sup>. La natura di tale associazione rimane, però, contro-

### Correspondence

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

versa. Alcuni Autori, infatti, considerano l'alessitimia una condizione secondaria al disturbo depressivo<sup>12 15 18</sup> ossia "stato-dipendente", Altri la assimilano ad un tratto di personalità<sup>19-21</sup> interpretandola come "fattore di tratto". Tuttavia, indipendentemente dalla sua natura "di stato" o "di tratto", l'alessitimia sembra correlare ad importanti variabili cliniche considerando che in alcuni studi risulta significativamente associata a ridotta qualità di vita in pazienti affetti da depressione<sup>22</sup>, ad un incremento del rischio di morte violenta (suicidio, omicidio, incidenti)<sup>23</sup> ed in particolare del rischio suicidario<sup>24 25</sup>. Tali riscontri hanno suscitato un crescente interesse anche rispetto alle potenziali influenze dell'alessitimia sull'esito dei trattamenti proposti. In letteratura vari studi identificano nell'alessitimia un fattore predittivo negativo di interventi farmacologici e/o psicoterapici in rapporto a molteplici malattie psichiatriche<sup>26-28</sup> ed in specifico anche a disturbi di tipo ansioso<sup>26 29</sup> e depressivo<sup>26 28 30 31</sup>. Tuttavia ad oggi il significato di tale associazione rimane ampiamente controverso, non essendo disponibili evidenze conclusive rispetto alle effettive influenze dell'alessitimia sull'esito di trattamento. Inoltre considerando che l'alessitimia rappresenta solo una delle molteplici variabili socio-demografiche e cliniche potenzialmente in grado di influire sull'outcome, le interazioni fra caratteristiche alessitimiche di un soggetto e tali variabili potrebbero avere notevoli ripercussioni in ambito clinico.

Il nostro studio si propone di indagare la presenza di alessitimia in un campione di pazienti affetti da disturbi dell'umore e/o d'ansia, trattati ambulatorialmente con farmacoterapia in associazione ad un intervento psicoterapico individuale di supporto ad orientamento psicodinamico. Inoltre ha l'obiettivo di valutare eventuali influenze dell'alessitimia sull'outcome di trattamento considerandola sia come singolo fattore sia in rapporto a variabili socio-demografiche e cliniche, quali i tratti di personalità. Il presente studio segue ad un nostro precedente lavoro inerente l'argomento<sup>32</sup> in cui l'efficacia dell'intervento farmacologico e psicoterapico in soggetti affetti da disturbi d'ansia e dell'umore era valutata mediante analisi di dati ottenuti con misurazioni trasversali. In questa ricerca, invece, un nuovo campione di pazienti, con analoghi disturbi psichiatrici, viene investigato avvalendosi di una metodologia prospettica al fine di garantire maggiore validità scientifica.

## Materiali e metodi

Il campione esaminato è stato reclutato fra i pazienti affetti all'Unità di Diagnosi e Terapia dei Disturbi d'Ansia e dell'Umore dell'Istituto di Psichiatria "P. Ottonello" di Bologna. Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Indipendente della AUSL di Bologna e tutti i partecipanti hanno rilasciato consenso informato scritto. All'interno

di tale popolazione sono stati selezionati soggetti affetti da depressione maggiore o disturbo da attacchi di panico o disturbo d'ansia generalizzata o disturbo d'ansia non altrimenti specificato (NAS) e con punteggi basali alla "Hamilton Rating Scale for Depression" (HAM-D)<sup>33</sup> e/o alla "Hamilton Rating Scale for Anxiety" (HAM-A)<sup>34</sup> pari o superiori a 13. La valutazione diagnostica è stata effettuata mediante la versione italiana della "Mini International Neuropsychiatric Interview" (MINI version 5.0.1)<sup>35</sup>, escludendo coloro che presentavano comorbidità per gravi patologie internistiche e/o neurologiche e/o per abuso e/o dipendenza da sostanze e/o oligofrenia (valutata sulla base di elementi clinici). Al baseline ciascun paziente è stato valutato anche mediante la versione italiana della "Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders" (SCID-II)<sup>36</sup> per verificare la presenza sia di disturbi di personalità conclamati che di tratti. A tal fine a ciascun soggetto è stato attribuito, relativamente ad ogni disturbo della personalità indagato, un punteggio grezzo rappresentato dalla somma del numero totale di criteri a cui aveva ottenuto una valutazione di 3 (tratto clinicamente rilevante) o 2 (tratto subclinico). Tale punteggio è stato considerato un indicatore della presenza di significativi tratti di personalità inerenti un definito disturbo di personalità qualora risultasse pari o superiore a 3. Ogni paziente è stato, infine, indagato anche mediante la versione italiana della "Toronto Alexithymia Scale" a venti item (TAS-20)<sup>37</sup>, un test autosomministrato specifico per la valutazione dell'alessitimia. La somministrazione degli strumenti di valutazione è stata affidata a specialisti in psichiatria esperti nel loro utilizzo e non direttamente coinvolti nella presente ricerca. I soggetti reclutati sono stati trattati in un setting naturalistico con farmacoterapia (antidepressivi, benzodiazepine) associata ad un intervento psicoterapico individuale di supporto ad orientamento psicodinamico condotto da medici in formazione specialistica in psichiatria sotto la supervisione di uno psicoterapeuta esperto.

A distanza di otto settimane dall'inizio del trattamento è stato effettuato follow-up con somministrazione della HAM-D, della HAM-A e della TAS-20 per valutare sia la risposta al trattamento sia i cambiamenti nei valori di alessitimia in rapporto a variazioni della sintomatologia ansioso-depressiva.

## Statistica

Nelle analisi si è considerato come outcome principale la diminuzione percentuale alla HAM-D e alla HAM-A ad otto settimane di trattamento, mentre il punteggio alla TAS-20 è stato utilizzato come predittore di risposta. Le variabili cliniche e socio-demografiche sono state descritte e trattate come possibili fattori di stratificazione per l'analisi dell'outcome principale. I test chi quadro,

fisher test, t-test ed i test di associazione e differenza tra gruppi non parametrici sono stati utilizzati secondo necessità e secondo le caratteristiche delle variabili indagate. La relazione statistica tra l'outcome principale ed il fattore predittivo principale è stata analizzata attraverso una regressione lineare. Gli eventuali fattori di stratificazione sono stati inseriti nel modello di regressione come covariate e la loro interazione con l'outcome principale è stata inclusa nel modello, nel caso di associazione statisticamente significativa con l'outcome principale. Per ciascuna variabile i valori mancanti sono stati sostituiti dalla media del campione fino ad un 20% di valori mancanti. Per percentuali maggiori di valori mancanti le variabili in questione non sono state considerate. I soggetti con valori estremi ( $\pm 2$  ds) di variabili socio-demografiche e/o cliniche ( $n = 1$ ) sono stati esclusi dalle analisi.

## Risultati

### Caratteristiche cliniche del campione

Il campione selezionato è costituito da 18 soggetti di cui 7 (38,9%) maschi e 11 (61,1%) femmine con un'età media di  $49,5 \pm 15,39$  anni (Tab. I). Il 50% dei pazienti reclutati risponde a criteri per la diagnosi di depressione maggiore, mentre il restante 50% presenta diagnosi di distimia, disturbo da attacchi di panico con e senza agorafobia, disturbo d'ansia generalizzata e disturbo d'ansia NAS (Tab. II). Il 72,2% dei pazienti è stato trattato con inibitori selettivi del reuptake della serotonina (SSRI), il 16,7% con inibitori selettivi del reuptake della noradrenalina e della serotonina (SNRI) e il 16,7% con altri antidepressivi. Nel 94,4% dei casi è stato impiegato un solo antidepressivo, mentre il 50% dei soggetti ha utilizzato in associazione benzodiazepine (Tab. III). Alla SCID-II 13 soggetti (72,2%) presentano tratti ossessivo-compulsivi, 7 (38,9%) tratti oppositivi, 10 (55,5%) tratti depressivi, 6 (33,3%) tratti istrionici, 6 (33,3%) tratti narcisistici, 5 (27,8%) tratti borderline, 5 (27,8%) tratti paranoici, 5 (27,8%) tratti evitanti, 4 (22,2%) tratti dipendenti, 3 (16,7%) tratti antisociali, 1 (5,5%) tratti schizoidi e nessuno tratti schizotipici di personalità. Al baseline dati relativi all'intero campione sono disponibili per la HAM-D e la HAM-A, mentre rispetto alla TAS-20 3 soggetti non hanno effettuato la valutazione. Il valore medio alla HAM-D è di  $15,55 \pm 3,11$ , alla HAM-A di  $15,94 \pm 3,13$  ed alla TAS-20 di  $52,87 \pm 9,53$ . Alla TAS-20 6 (33,3%) soggetti non risultano alessitimici ( $TAS-20 < 50$ ), 7 (38,9%) presentano valori borderline ( $50 \leq TAS-20 \leq 60$ ) e 2 (11,1%) vengono classificati alessitimici ( $TAS-20 \geq 61$ ).

### Outcome

Al follow-up ad otto settimane di trattamento per la HAM-D e per la HAM-A sono disponibili dati relativi

**TABELLA I.**

Caratteristiche socio-demografiche del campione. *Socio-demographic variables of patients.*

Variabili Socio-Demografiche	N°	%
Femmine	11	61,1%
Età < 60 anni	12	66,7%
Scolarità $\leq 8$ anni	2	11,1%
Scolarità > 8 anni	16	88,9%
Coniugati/conviventi	9	50,0%
Celibi/Nubili	5	27,8%
Separati-Divorziati/Vedovi	4	22,2%
Occupati	11	61,1%
Studenti	1	5,5%
Pensionati	4	22,2%
Disoccupati	2	11,1%

**TABELLA II.**

Diagnosi. *Diagnosis.*

Diagnosi	N°	%
Depressione maggiore	9	50,0%
Distimia	1	5,5%
DAP con agorafobia	2	11,1%
DAP senza agorafobia	3	16,7%
DAG	2	11,1%
Disturbo d'ansia NAS	2	11,1%
Comorbidità (distimia + DAG)	1	5,5%

DAP: disturbo da attacchi di panico; DAG: disturbo d'ansia generalizzata; NAS: non altrimenti specificato.

**TABELLA III.**

Trattamenti farmacologici. *Pharmacological therapies.*

Farmaci	N°	%
Paroxetina	5	27,8%
Escitalopram	5	27,8%
Sertralina	3	16,7%
Venlafaxina	3	16,7%
Mirtazapina	1	5,5%
Agomelatina	1	5,5%
Quetiapina (< 400 mg/die)	1	5,5%
SSRI + agomelatina	1	5,5%
SSRI + BDZ	6	33,3%
SSRI + zolpidem	1	5,5%
SNRI + BDZ	1	5,5%
Quetiapina + BDZ	1	5,5%

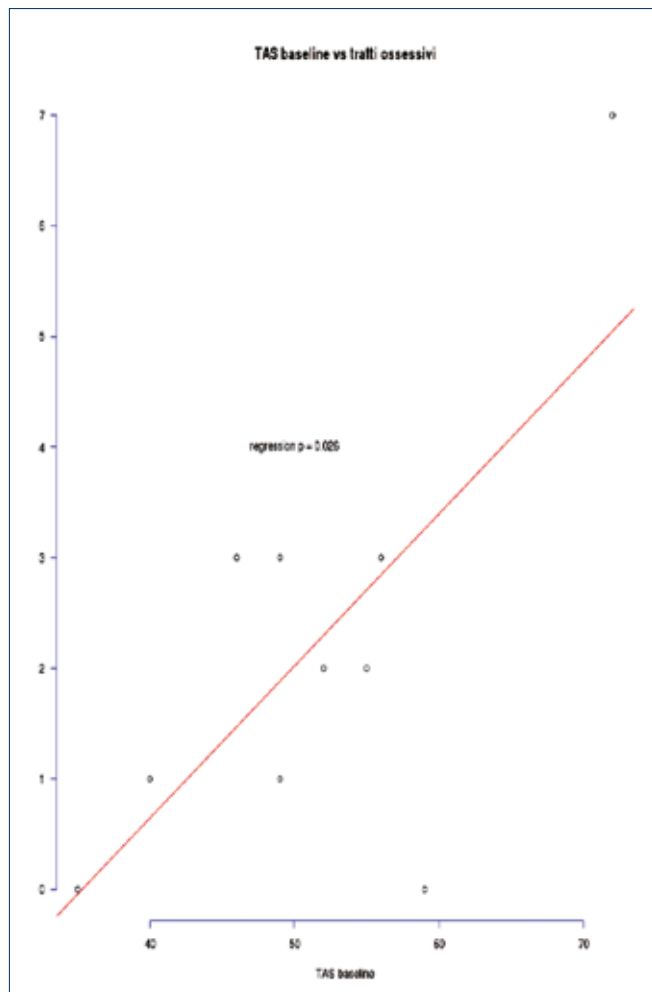
SSRI: inibitori selettivi del reuptake della serotonina; SNRI: inibitori selettivi del reuptake della noradrenalina e della serotonina; BDZ: benzodiazepine.

all'intero campione, mentre rispetto alla TAS-20 mancano le valutazioni relative a 3 soggetti. Il valore medio alla HAM-D è di  $3,44 \pm 4,24$  ed alla HAM-A di  $4,61 \pm 5,12$  con una percentuale di miglioramento rispettivamente del 78% e del 69%. Alla TAS-20 il punteggio medio è di  $45,4 \pm 10,36$  con 10 (55,5%) soggetti che non risultano alessitimici ( $TAS-20 < 50$ ), 4 (22,2%) che presentano valori borderline ( $50 \leq TAS-20 \leq 60$ ) e 1 (5,5%) che viene classificato alessitimico ( $TAS-20 \geq 61$ ). Le variazioni registrate alla HAM-D ed alla HAM-A non correlano in modo statisticamente significativo né ai fattori socio-demografici esaminati (sesso, età, scolarità, stato civile), né alla presenza di alessitimia intesa come singolo fattore (dati non mostrati). Le analisi, invece, evidenziano una correlazione positiva fra alessitimia e tratti di personalità ossessivo-

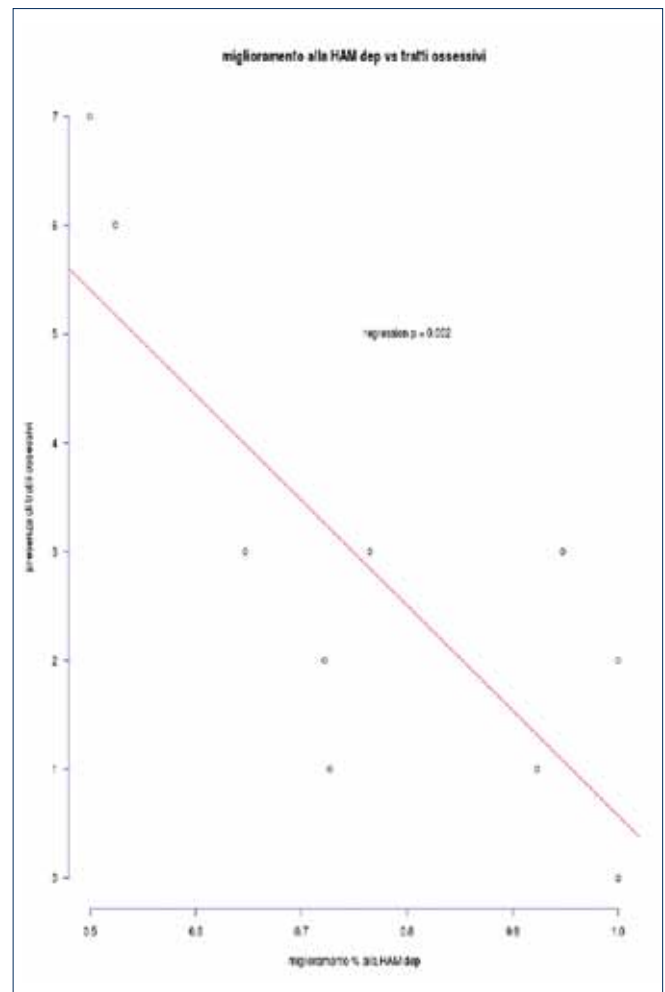
compulsivi ( $t = 2,719$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0,02629$ ) (Fig. 1) ed una correlazione negativa fra tratti di personalità ossessivo-compulsivi e miglioramento alla HAM-D ( $t = -4,198$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,002314$ ) (Fig. 2). Inoltre l'interazione alessitimia-età avanzata ( $> 60$  anni) risulta influenzare significativamente la risposta al trattamento associandosi ad outcome sfavorevole alla HAM-D ( $t = -3,9611$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0,02873$ ) con riduzione dell'entità del miglioramento registrato su tale scala (Fig. 3).

## Discussione

Il presente studio si propone di indagare gli effetti dell'alessitimia e di sue interazioni con altre variabili socio-demografiche e cliniche sulla risposta al trattamento

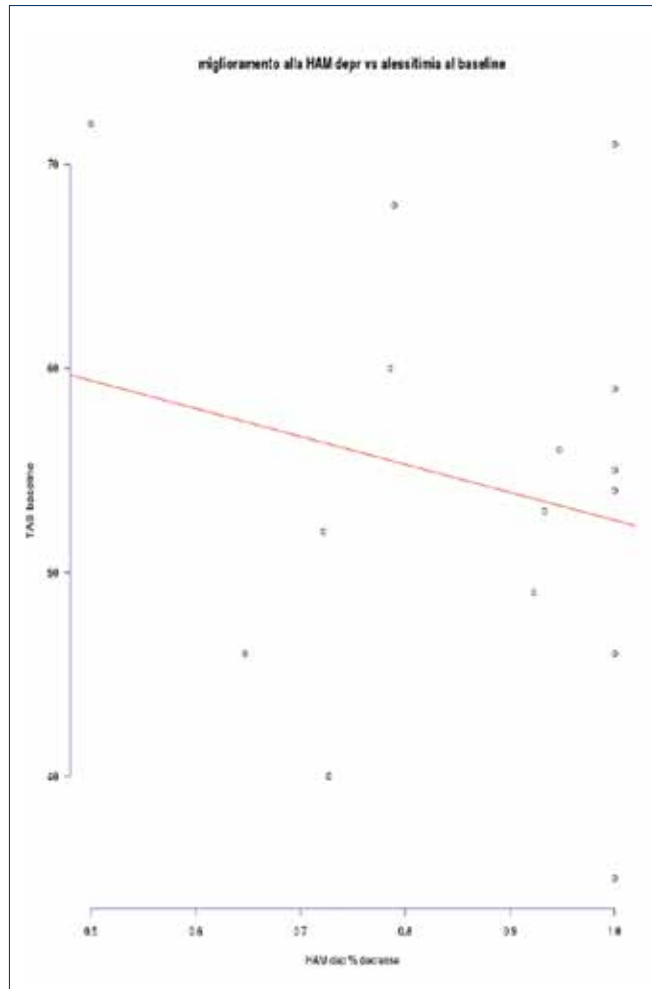


**FIGURA 1.** Correlazione positiva fra il punteggio alla TAS-20 e tratti ossessivo-compulsivi di personalità al baseline. *Positive correlation between TAS-20 score and obsessive-compulsive personality traits at baseline.*



**FIGURA 2.** Correlazione negativa fra tratti ossessivo-compulsivi di personalità e miglioramento alla HAM-D ad otto settimane di trattamento. *Negative correlation between obsessive-compulsive personality traits and improvement on HAM-D after eight weeks of treatment.*

in pazienti affetti da depressione maggiore e/o disturbi d'ansia (disturbo da attacchi di panico con e senza agorafobia; disturbo d'ansia generalizzata; disturbo d'ansia NAS) trattati in un setting naturalistico con farmacoterapia (antidepressivi e benzodiazepine) e con un intervento psicoterapico individuale di supporto ad orientamento psicodinamico. Nelle analisi condotte l'alessitimia, considerata come fattore singolo, non influenza significativamente gli esiti di trattamento sia in rapporto alla sintomatologia depressiva che ansiosa in relazione al periodo di follow-up considerato. Nonostante tale dato concordi con i risultati di un nostro precedente studio<sup>32</sup>, esso contrasta con quanto riportato in letteratura dove l'alessitimia è associata a sfavorevoli outcome sia rispetto al trattamento farmacologico<sup>15 31</sup> che psicologico<sup>27 28 30 38</sup>.



**FIGURA 3.** Correlazione fra punteggio alla TAS-20 al baseline e miglioramento alla HAM-D ad otto settimane di trattamento. *Correlation between TAS-20 score at baseline and improvement on HAM-D after eight weeks of treatment.*

Tale discrepanza potrebbe conseguire alle limitate dimensioni del campione esaminato ed al conseguente ridotto numero di soggetti alessitimici individuati. Tuttavia occorre sottolineare che i risultati disponibili relativi agli effetti dell'alessitimia sugli esiti di interventi integrati (psicoterapia psicodinamica o cognitivo comportamentale in associazione a terapia farmacologica), sono limitati e disomogenei<sup>26 39 40</sup> richiedendo ulteriori approfondimenti. Inoltre nella presente ricerca l'alessitimia mostra valore predittivo negativo rispetto alla sintomatologia depressiva in pazienti con più di 60 anni suggerendo che l'età possa mediare gli effetti dell'alessitimia sulla risposta al trattamento. Analogamente altri studi hanno evidenziato un'associazione fra alessitimia e depressione<sup>41</sup> e fra alessitimia e maggior severità dei sintomi depressivi<sup>42</sup> in soggetti con più di 50 anni. Simili correlazioni potrebbero conseguire a negative influenze dell'alessitimia sui fisiologici mutamenti che occorrono con l'età nei processi di regolazione delle emozioni. Infatti secondo la teoria della "selettività socio-emotiva" all'aumentare dell'età l'individuo, focalizzandosi maggiormente sul presente, potenzia le sue competenze nella regolazione degli affetti con conseguente riduzione nella frequenza delle emozioni negative esperite<sup>43</sup>. L'alessitimia, però, interferendo con la normale percezione ed espressione delle emozioni, potrebbe alterare tale processo influenzando negativamente anche sulle strategie di coping adottate<sup>42</sup>. Livelli più elevati di alessitimia, infatti, si associano a maggiori difese immature che possono compromettere il funzionamento del singolo<sup>44</sup>. Considerando che secondo alcuni Autori, ma non per altri<sup>45-47</sup>, l'alessitimia aumenta all'aumentare dell'età<sup>6 48-50</sup> tale fattore potrebbe avere ripercussioni clinicamente rilevanti in soggetti anziani e con scarsa risposta al trattamento.

Inoltre nel nostro campione la presenza di tratti ossessivo-compulsivi di personalità correla negativamente con il miglioramento della sintomatologia depressiva con conseguente outcome sfavorevole. La presenza di questi tratti di personalità potrebbe associarsi ad un peculiare assetto cognitivo capace di influenzare l'evoluzione del trattamento. Altre ricerche hanno infatti verificato che in pazienti affetti da un disturbo depressivo la comorbidità per un disturbo di personalità correla positivamente con la presenza di maggiori distorsioni cognitive<sup>51 52</sup> e maggiori attitudini disfunzionali anche dopo remissione dei sintomi depressivi<sup>53</sup>. Queste distorsioni cognitive potrebbero, quindi, costituire un assetto cognitivo pervasivo indipendente dallo stato psicopatologico del soggetto<sup>54</sup>. Nel nostro studio tale ipotesi viene indirettamente supportata dal riscontro di un'associazione positiva fra tratti di personalità ossessivo-compulsivi ed alessitimia, coerentemente alla correlazione positiva fra alessitimia e tratti di personalità del cluster C rilevata anche in altre ricerche<sup>55 56</sup>. L'alessitimia, configurando una modalità

peculiare di processazione, elaborazione ed espressione delle emozioni, potrebbe rappresentare un elemento costitutivo di uno specifico pattern cognitivo associato a definiti tratti di personalità. Tale peculiare assetto cognitivo potrebbe favorire distorsioni cognitive capaci, qualora non adeguatamente trattate, di influenzare negativamente la risposta al trattamento e la risoluzione della sintomatologia depressiva. Tuttavia sebbene alcuni studi concordino nell'identificare nella presenza di un disturbo di personalità del cluster C un fattore predittivo negativo nella terapia dei disturbi depressivi<sup>57-59</sup>, altri non riscontrano alcuna significativa influenza sull'outcome<sup>60-63</sup>. La carenza di evidenze conclusive in merito alla questione e gli elevati tassi di comorbidità fra disturbo depressivo e disturbi di personalità con una prevalenza media stimata del 50% circa<sup>64 65</sup>, sottolineano la necessità di effettuare ulteriori indagini che analizzino anche gli effetti dei singoli disturbi di personalità che connotandosi per caratteristiche patogenetiche, cognitive ed affettive peculiari potrebbero influenzare differenzialmente la risposta al trattamento.

Nel presente studio, tuttavia, sono ravvisabili vari limiti che debbono essere adeguatamente considerati. Le ridotte dimensioni del campione ed i possibili bias di selezione (prevalenza di soggetti di sesso femminile, con patologie di entità lieve-moderata ed appartenenti a ceti sociali medio-bassi) non consentono ampie generalizzazioni dei risultati. Limiti alla comparabilità dei dati relativi alla risposta all'intervento terapeutico derivano anche dall'assenza di un trattamento standardizzato, sebbene un setting naturalistico possa garantire potenzialmente una maggiore individualizzazione del trattamento ed abbia il vantaggio di essere più rappresentativo della realtà clinica rispetto agli studi randomizzati e controllati. Inoltre in questo studio la SCID-II è stata utilizzata con finalità non solo diagnostiche, ma anche descrittive considerando sia i criteri valutati "clinicamente rilevanti" che "subclinici". Nonostante l'importanza dei tratti di personalità, oltre che dei disturbi conclamati, nell'influenzare la risposta al trattamento sia già stata sottolineata da Reich<sup>66</sup>, la scelta di considerare anche tratti della personalità subclinici deriva dall'ipotesi che contribuiscano alla definizione di assetti di personalità differenti e potenzialmente capaci di influire sulla risposta agli interventi terapeutici proposti. D'altra parte, in assenza di strumenti di valutazione dimensionali specifici, anche altre ricerche hanno valutato il numero di criteri per disturbi di personalità incontrati alla SCID-II, anziché la presenza o assenza di disturbi conclamati, in relazione ad altre variabili cliniche<sup>67 68</sup> oppure come predittore di risposta<sup>69</sup>. Un ulteriore fattore di confondimento potrebbe derivare dall'aver somministrato la SCID-II al baseline, ossia durante la fase acuta della patologia di asse I, favorendo potenzialmente l'accentuazione di tratti di

personalità del cluster C<sup>70</sup> o comunque influenzando la valutazione del disturbo di personalità<sup>71 72</sup>. Tuttavia il fatto che i pazienti siano stati tutti valutati nella stessa fase di malattia potrebbe aver minimizzato tale bias all'interno del campione. Inoltre precedenti ricerche supportano l'ipotesi di una non significativa influenza degli stati depressivi e/o ansiosi sulla diagnosi di disturbo di personalità<sup>73-76</sup>. Altro limite potrebbe derivare dal non aver considerato nelle analisi condotte la durata di malattia. Una maggior durata di malattia potrebbe indurre caratteristiche personologiche che pur venendo rilevate alla SCID-II come tratti patologici, potrebbero rappresentare non tratti costitutivi della personalità dell'individuo, ma sequele correlate al protrarsi del disturbo. Tuttavia in una recente review Klein et al. (2011) ritengono improbabile che episodi depressivi, anche ricorrenti, possano determinare stabili cambiamenti nella personalità dei soggetti<sup>77</sup>. Infine limiti sono ravvisabili anche nell'utilizzo della TAS-20 che in quanto scala autosomministrata introduce la possibilità di un errore sistematico da parte dell'individuo che potrebbe non valutare adeguatamente i propri stati psicologici. Tale limite appare ancor più rilevante considerando che l'elemento nucleare dell'alessitimia è identificato nell'incapacità della persona a riconoscere i propri stati emotivi. Tuttavia la TAS-20 ha dimostrato di rispondere a criteri di validità<sup>78</sup> ed attendibilità<sup>79 80</sup> ed è attualmente lo strumento di valutazione per l'alessitimia più ampiamente utilizzato a livello internazionale.

## Conclusioni

L'alessitimia potrebbe rappresentare un importante fattore capace di influenzare la risposta al trattamento in soggetti affetti da disturbi depressivi interagendo con altre variabili socio-demografiche e cliniche, quali i tratti di personalità. Ulteriori indagini sono auspicabili al fine di consolidare i risultati ottenuti e di meglio definire le interazioni dell'alessitimia con tali variabili.

## Bibliografia

- 1 Sifneos PE. *The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients*. *Psychother Psychosom* 1973;22:255-62.
- 2 Taylor GJ. *Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment*. *Am J Psychiatry* 1984;141:725-32.
- 3 Nemiah JC. *Alexithymia. Theoretical considerations*. *Psychother Psychosom* 1977;28:199-206.
- 4 Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, et al. *Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study*. *J Psychosom Res* 1995;39:987-94.
- 5 Bach M, Bach D, Bohmer F, et al. *Alexithymia and somatization: relationship to DSM-III-R diagnoses*. *J Psychosom Res* 1994;38:529-38.

- 6 Saarijarvi S, Salminen JK, Tamminen T, et al. *Alexithymia in psychiatric consultation-liaison patients*. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:330-3.
- 7 Taylor GJ, Parker JD, Bagby RM, et al. *Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients*. *J Psychosom Res* 1992;36:417-24.
- 8 Eizaguirre A, de Cabezon A, de Alda IeA. *Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders*. *Pers Individ Differ* 2004;36:321-31.
- 9 Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM, et al. *Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study*. *Am J Psychiatry* 1993;150:1105-7.
- 10 Zeitlin SB, McNally RJ. *Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder*. *Am J Psychiatry* 1993;150:658-60.
- 11 Lipsanen T, Saarijarvi S, Lauerma H. *Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia--overlapping or independent constructs?* *Psychopathology* 2004;37:200-6.
- 12 Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, et al. *Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder*. *Psychosomatics* 2001;42:229-34.
- 13 Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Tanskanen A, et al. *Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population*. *Psychother Psychosom* 2001;70:247-53.
- 14 Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka TB. *Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression*. *J Psychosom Res* 2001;51:729-33.
- 15 Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, et al. *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population*. *J Psychosom Res* 2000;48:99-104.
- 16 Parker JD, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs?* *Compr Psychiatry* 1991;32:387-94.
- 17 Haviland MG, Shaw DG, MacMurray JP, et al. *Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers*. *Psychother Psychosom* 1988;50:81-7.
- 18 Wise TN, Mann LS, Mitchell JD, et al. *Secondary alexithymia: an empirical validation*. *Compr Psychiatry* 1990;31:284-8.
- 19 Saarijarvi S, Salminen JK, Toikka T. *Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression*. *Psychother Psychosom* 2006;75:107-12.
- 20 Picardi A, Toni A, Caroppo E. *Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style*. *Psychother Psychosom* 2005;74:371-8.
- 21 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.
- 22 Honkalampi K, Saarinen P, Hintikka J, et al. *Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression*. *Psychother Psychosom* 1999;68:270-5.
- 23 Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, et al. *Alexithymia and risk of death in middle-aged men*. *J Psychosom Res* 1996;41:541-9.
- 24 De Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al. *Alexithymia and its relationships with C-reactive protein and serum lipid levels among drug naive adult outpatients with major depression*. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008;32:1982-6.
- 25 Sakuraba S, Kubo M, Komoda T, et al. *Suicidal ideation and alexithymia in patients with alcoholism: a pilot study*. *Subst Use Misuse* 2005;40:823-30.
- 26 Leweke F, Bausch S, Leichsenring F, et al. *Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment*. *Psychother Res* 2009;19:323-31.
- 27 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. *The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play?* *Compr Psychiatry* 2005;46:206-13.
- 28 McCallum M, Piper WE, Ogrodniczuk JS, et al. *Relationships among psychological mindedness, alexithymia and outcome in four forms of short-term psychotherapy*. *Psychol Psychother* 2003;76:133-44.
- 29 Bach M, Bach D. *Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients*. *Psychother Psychosom* 1995;64:43-8.
- 30 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.
- 31 Ozsahin A, Uzun O, Cansever A, et al. *The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression*. *Depress Anxiety* 2003;18:62-6.
- 32 Mori E, Drago A, De Ronchi D, et al. *Alessitimia, personalità e outcome: uno studio naturalistico in pazienti con depressione maggiore e disturbi d'ansia*. *Journal of Psychopathology* 2012;18:138-144.
- 33 Hamilton M. *A rating scale for depression*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
- 34 Hamilton M. *The assessment of anxiety states by rating*. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-5.
- 35 Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33; quiz 34-57.
- 36 First M, Spitzer R, Gibbon M. *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders, (SCID II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1997.
- 37 Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. *The twenty-item Toronto Alexithymia Scale--I. Item selection and cross-validation of the factor structure*. *J Psychosom Res* 1994;38:23-32.
- 38 Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS. *Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: a programmatic review*. *Psychiatry Res* 2011;190:43-8.

- <sup>39</sup> Rufer M, Albrecht R, Zaum J, et al. *Impact of alexithymia on treatment outcome: a naturalistic study of short-term cognitive-behavioral group therapy for panic disorder*. *Psychopathology* 2010;43:170-9.
- <sup>40</sup> Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A, et al. *Alexithymia and outcome in psychotherapy*. *Psychother Psychosom* 2008;77:189-94.
- <sup>41</sup> Katona C, Livingston G, Manela M, et al. *The symptomatology of depression in the elderly*. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(Suppl 7):S19-23.
- <sup>42</sup> Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, et al. *Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older*. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:51-6.
- <sup>43</sup> Cartensen L, Fung H, Charles S. *Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life*. *Motivation and Emotion* 2003;27:103-23.
- <sup>44</sup> Valliant G. *Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms*. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24:107-18.
- <sup>45</sup> Gunzelmann T, Kupfer J, Braehler E. *Alexithymia in the elderly general population*. *Compr Psychiatry* 2002;43:74-80.
- <sup>46</sup> Kupfer J, Brosig B, Braehler E. *[Testing and validation of the 26-Item Toronto Alexithymia Scale in a representative population sample]*. *Z Psychosom Med Psychother* 2000;46:368-84.
- <sup>47</sup> Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. *The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence*. *Compr Psychiatry* 1989;30:434-41.
- <sup>48</sup> Mattila AK, Salminen JK, Nummi T, et al. *Age is strongly associated with alexithymia in the general population*. *J Psychosom Res* 2006;61:629-35.
- <sup>49</sup> Kirmayer LJ, Robbins JM. *Cognitive and social correlates of the Toronto Alexithymia Scale*. *Psychosomatics* 1993;34:41-52.
- <sup>50</sup> Pasini A, Delle Chiaie R, Seripa S, et al. *Alexithymia as related to sex, age, and educational level: results of the Toronto Alexithymia Scale in 417 normal subjects*. *Compr Psychiatry* 1992;33:42-6.
- <sup>51</sup> Evans DD, Craighead WE. *Relationships among cognitive distortions and personality disorders in severely depressed patients*. Meetings of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC, 1995.
- <sup>52</sup> Marton P, Korenblum M, Kutcher S, et al. *Personality dysfunction in depressed adolescents*. *Can J Psychiatry* 1989;34:810-3.
- <sup>53</sup> Farabaugh A, Mischoulon D, Schwartz F, et al. *Dysfunctional attitudes and personality disorder comorbidity during long-term treatment of MDD*. *Depress Anxiety* 2007;24:433-9.
- <sup>54</sup> Ilardi SS, Craighead WE. *The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults*. *J Abnorm Psychol* 1999;108:51-7.
- <sup>55</sup> Nicolo G, Semerari A, Lysaker PH, et al. *Alexithymia in personality disorders: correlations with symptoms and interpersonal functioning*. *Psychiatry Res* 2011;190:37-42.
- <sup>56</sup> Honkalampi K, Hintikka J, Antikainen R, et al. *Alexithymia in patients with major depressive disorder and comorbid cluster C personality disorders: a 6-month follow-up study*. *J Pers Disord* 2001;15:245-54.
- <sup>57</sup> Viinamaki H, Tanskanen A, Koivumaa-Honkanen H, et al. *Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow-up*. *J Pers Disord* 2003;17:341-50.
- <sup>58</sup> Viinamaki H, Hintikka J, Honkalampi K, et al. *Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression*. *J Affect Disord* 2002;71:35-41.
- <sup>59</sup> Hayden EP, Klein DN. *Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress*. *Am J Psychiatry* 2001;158:1864-70.
- <sup>60</sup> Sato T, Sakado K, Sato S. *Is there any specific personality disorder or personality disorder cluster that worsens the short-term treatment outcome of major depression?* *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:342-9.
- <sup>61</sup> Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, et al. *Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program*. *Am J Psychiatry* 1990;147:711-8.
- <sup>62</sup> Pfohl B, Coryell W, Zimmerman M, Stangl D. *Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients*. *J Clin Psychiatry* 1987;48:468-72.
- <sup>63</sup> Pfohl B, Stangl D, Zimmerman M. *The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression*. *J Affect Disord* 1984;7:309-18.
- <sup>64</sup> Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al. *Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*. *J Psychiatr Res* 2005;39:1-9.
- <sup>65</sup> Brieger P, Ehrt U, Marneros A. *Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders*. *Compr Psychiatry* 2003;44:28-34.
- <sup>66</sup> Reich JH, Vasile RG. *Effect of personality disorders on the treatment outcome of axis I conditions: an update*. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:475-84.
- <sup>67</sup> Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. *Personality disorders and quality of life. A population study*. *Compr Psychiatry* 2006;47:178-84.
- <sup>68</sup> Dimaggio G, Carcione A, Nicolo G, et al. *Differences between axes depend on where you set the bar: associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria*. *J Pers Disord* 2013;27:371-82.
- <sup>69</sup> Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, et al. *Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder*. *Am J Psychiatry* 2006;163:822-6.
- <sup>70</sup> Reich J. *The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review*. *J Pers Disord* 2003;17:387-405.

- <sup>71</sup> Fava M, Farabaugh AH, Sickinger AH, et al. *Personality disorders and depression*. Psychol Med 2002;32:1049-57.
- <sup>72</sup> Fava M, Bouffides E, Pava JA, et al. *Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment*. Psychother Psychosom 1994;62:160-7.
- <sup>73</sup> Lopez-Castroman J, Galfalvy H, Currier D, et al. *Personality disorder assessments in acute depressive episodes: stability at follow-up*. J Nerv Ment Dis 2012;200:526-30.
- <sup>74</sup> Morey LC, Shea MT, Markowitz JC, et al. *State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder*. Am J Psychiatry 2010;167:528-35.
- <sup>75</sup> Farabaugh A, Mischoulon D, Yeung A, et al. *Predictors of stable personality disorder diagnoses in outpatients with remitted depression*. J Nerv Ment Dis 2002;190:248-56.
- <sup>76</sup> Loranger AW, Lenzenweger MF, Gartner AF, et al. *Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders*. Arch Gen Psychiatry 1991;48:720-8.
- <sup>77</sup> Klein DN, Kotov R, Bufferd SJ. *Personality and depression: explanatory models and review of the evidence*. Annu Rev Clin Psychol 2011;7:269-95.
- <sup>78</sup> Taylor G, Bagby R, Parker J. *Disorders of affect regulation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press 1997.
- <sup>79</sup> Porcelli P. *Update sul costrutto di alexithymia*. In: Convegno Internazionale sull'addiction. L'era dell'eccesso: clinica e psicodinamica dell'addiction, Palermo, 28-29 ottobre 2004. Available on [http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/Porcelli-Alex\\_2005.pdf](http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/Porcelli-Alex_2005.pdf)
- <sup>80</sup> Taylor J, Bagby R, Luminet O. *Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures*. In: Parker J, Baron R, editors. *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey Bass 2000, pp. 301-19.