

Alessitimia e Disturbi di Personalità in Adolescenza

Alexithymia and Personality Disorders in Adolescence

GIANLUIGI BASILE*, LAURO QUADRANA**, GIANLUIGI MONNIELLO**

Summary *This study aims to show the transnosographic nature and multidimensionality of the Alexithymia construct and emphasize to what extent an accurate evaluation of the results for the single dimensions of Alexithymia is recommendable when a proficient diagnosis and treatment of adolescents is to be achieved. SAR and TAS-20 are used to test Alexithymia. Both these devices apparently measure such construct in a reliable way, as the comparison of their correlations shows. They are also coherent with the theoretical prerequisites on which they are based. The SAR, with its 5 factor structure, seemingly provides a better knowledge than the three factor TAS-20 when Alexithymia in Personality Disorder (DP) affected adolescents is measured. Research has shown how cluster B and C Personality Disorder affected adolescents compared with the group of adolescents showing no psychiatric problems, do not easily tune in with other people's needs. Cluster B adolescents compared with cluster C adolescents and with the controls show a more concrete, outgoing, hardly introspective cognitive style which aims to exclude fantasy from conscience. Finally, males appear to be more alexithymic and in trouble than females when showing their emotions and sympathy.*

Key words *Alexithymia – Personality Disorder – Adolescence – SAR – TAS-20.*

L'obiettivo principale di questa ricerca è di indagare il costrutto di Alessitimia all'interno di un campione di adolescenti che presentano tratti o Disturbi di Personalità (DP) (APA, 2000). L'*Alessitimia* può essere vista essenzialmente come un disturbo della regolazione affettiva (Taylor et al., 1997a) che si articola lungo un continuum che parte dalla normalità e finisce nella patologia; interessa la sfera cognitiva e affettiva del soggetto (Krystal, 1988) e si riferisce quindi a tutte quelle condizioni cliniche in cui l'individuo non è in grado di utilizzare gli affetti come sistemi motivazionali e di informazione in relazione ai propri stati emotivi ed al rapporto con gli altri.

Non si può considerare l'*Alessitimia* come un fenomeno tutto o nulla, e quindi come una totale incapacità nel comprendere e nell'esprimere emozioni, ma piuttosto la si deve intendere come una difficoltà nel riconoscere e verbalizzare i sentimenti propri e interessarsi a comprendere quelli altrui.

* Psicologo, Roma.

** Dipartimento di Scienze Neurologiche, Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva, Sapienza Università di Roma.

La natura transnosografica di questo costrutto è stata dimostrata in più studi (Bach et al., 1994; Taylor et al., 2000; Taylor et al., 2004), così come la comorbidità dell'Alessitimia con patologie come i disturbi alimentari (Zonnevillage-Bendek, 2005; Jimerson et al., 1994; Bourke et al. 1992), i quadri depressivi o i disturbi d'ansia (Zeitlin, McNally, 1993); sono stati realizzati pochi studi, invece, sulla relazione che intercorre tra Alessitimia e DP (Fortugno, 2005; Mirizio et al., 2008) nonostante dal punto di vista teorico l'Alessitimia sia considerata a tutti gli effetti una dimensione della Personalità (Porcelli, 2004) e nonostante i DP (soprattutto il Cluster B) abbiano delle caratteristiche comuni con l'Alessitimia (soprattutto per ciò che riguarda l'elaborazione e la regolazione delle emozioni) che andrebbero verificate empiricamente.

In questa ricerca si è voluta analizzare la relazione che intercorre tra DP e Alessitimia in adolescenza per valutare se l'Alessitimia sia distribuita maggiormente in un campione clinico con DP piuttosto che in uno normale. In particolare era interessante verificare se gli adolescenti con DP di Cluster B (caratterizzati da affettività incontrollata) presentassero un grado di associazione maggiore con il costrutto di Alessitimia rispetto a quelli con DP di Cluster C (che possiedono una maggiore capacità di controllo dell'affettività).

In questo studio vengono, inoltre, indagate le differenze di sesso e d'età rispetto al costrutto alessitimico e viene, infine, riportato il confronto tra i due strumenti che sono stati utilizzati per la valutazione dell'Alessitimia.

Epidemiologia

La prevalenza dell'Alessitimia in una popolazione normale è oggetto di molte discussioni. La carenza di studi di questo tipo, al contrario di quanto si verifica per le ricerche su campioni clinici, non permette di avere un quadro preciso della prevalenza di questa patologia nella popolazione non clinica. È stato ipotizzato che l'Alessitimia sia distribuita normalmente nella popolazione generale (Taylor et al., 1997b; Salminen et al., 1999), ma la conoscenza e le evidenze empiriche riportate in letteratura sono ancora piuttosto limitate. I campioni ristretti usati per le ricerche sull'Alessitimia in associazione con i disturbi psichiatrici non hanno certo facilitato uno studio completo e dettagliato sull'epidemiologia di questo costrutto. Solo recentemente sono state effettuate delle ricerche complete su un numero consistente di soggetti che ha permesso di avere dei dati più validi e generalizzabili. Come strumento di valutazione è stata usata la TAS-20, ritenuta ancora oggi lo strumento più affidabile e pratico per rilevare il grado di Alessitimia di un soggetto (Parker et al., 2003).

Molti studi sulla distribuzione dell'Alessitimia in una popolazione normale affermano che esiste una differenza significativa tra maschi e femmine e in particolare che i maschi sono più alessitimici delle femmine (Salminen et al., 1999; Hokalampi et al., 2000; Kokkonen et al., 2001; Mattila et al., 2006). Non tutti i risultati delle ricerche però, sono concordi su questo punto: Guilbaud e collaboratori ad esempio nel loro studio (2002) non hanno riscontrato differenze significative tra i sessi e Mason

e collaboratori (2005) riportano addirittura una prevalenza maggiore di Alessitimia nelle femmine. A parte le eccezioni sopra citate sembra che nella popolazione adulta l'Alessitimia sia maggiormente presente nei maschi rispetto alle femmine.

Bisogna ricordare però che tutti questi studi sono stati effettuati su una popolazione adulta di soggetti con un'età compresa tra i 30 e 70 non considerando i soggetti adolescenti; i lavori effettuati sull'Alessitimia in adolescenza sono pochi e spesso il campione utilizzato non è rappresentativo.

Negli ultimi anni comunque, sono stati effettuati due ampi studi sulla presenza di Alessitimia in adolescenza (Joukamaa et al., 2006; Sakkinen et al., 2007): i risultati vanno abbastanza in controtendenza rispetto a quelli ottenuti per la popolazione adulta nel senso che non sembra esserci differenza significativa nell'Alessitimia per la variabile sesso.

Nello studio sulla prevalenza dell'Alessitimia in una popolazione normale è anche interessante verificare se all'interno della fascia d'età tra i 13 e i 18 anni, cioè l'adolescenza, è possibile – con l'aumentare dell'età – rilevare una riduzione dei livelli di Alessitimia dovuta ad un effetto "maturazione". Come detto precedentemente non ci sono molti studi sull'Alessitimia in adolescenza che possano fornirci indicazioni valide in tal senso. Solo Sakkinen et al. (2007) hanno effettuato ricerche e formulato ipotesi su questo tema. Gli autori considerano l'adolescenza come un periodo di grande sviluppo emotivo, psicologico e sociale e perciò la capacità dell'adolescente di essere cosciente dei propri stati emotivi e psicologici e di regolarli aumenta più rapidamente che nell'infanzia. Ci si aspetta che il grado di Alessitimia decresca velocemente con lo sviluppo dell'adolescente, e una diminuzione si nota anche da 14 a 15-16 anni.

Paivi Sakkinen et al. (2007) concludono che è importante raccogliere più informazioni sulla persistenza e i cambiamenti dei fattori alessitimici durante gli anni dell'adolescenza in modo da aumentare le conoscenze empiriche sullo sviluppo adolescente, ma servono più ricerche per concludere se i fattori alessitimici negli adolescenti rappresentano gli stessi fenomeni dell'Alessitimia negli adulti. Secondo gli autori sembra comunque che i livelli di Alessitimia decrescano con lo sviluppo dalla prima alla media adolescenza.

Fino ad oggi i risultati di lavori effettuati in nazioni che non siano la Finlandia, sono incoerenti fra loro. La ragione potrebbe risiedere nel fatto che i campioni studiati sono molto diversi l'uno dall'altro e nessuno studio non finlandese è stato condotto finora su un campione rappresentativo di popolazione. Per una migliore comprensione del costrutto comunque, sono necessari nuovi studi. In questo senso, sono particolarmente importanti nuove ricerche in collaborazione internazionale.

Materiale e metodo

Obiettivi

L'obiettivo principale di questa ricerca è di indagare il costrutto di Alessitimia all'interno di un campione di adolescenti che presentano tratti o disturbi di personalità. In particolare si vuole osservare:

1. Se questa patologia è presente in egual misura in un campione clinico e in uno di controllo.
2. Se c'è differenza significativa tra Cluster B e Cluster C per la presenza di Alessitimia.
3. Se l'età e il genere influenzano significativamente tale costrutto.
4. Se esiste una correlazione tra gli strumenti SAR e TAS-20.

Risultati attesi

I risultati attesi da questo studio possono essere così sintetizzati:

1. Una prevalenza e una frequenza di Alessitimia maggiore nel campione clinico rispetto a quello di controllo.
2. Si ipotizza che gli adolescenti che appartengono al Cluster B abbiano livelli più alti di Alessitimia rispetto ai soggetti di Cluster C.
3. Ci aspettiamo differenze di genere e d'età rispetto ai punteggi medi della scala. In particolare, si ritiene che: le femmine possano avere punteggi più bassi dei maschi e quindi siano da considerarsi meno alessitimiche e gli adolescenti che appartengono alla fascia d'età più bassa (13-15,5) possano avere livelli di Alessitimia maggiori rispetto ai soggetti che appartengono alla fascia d'età più alta (15,5-18).
4. Una correlazione significativa tra gli strumenti SAR e TAS-20. In particolare ci si attende che i fattori della SAR correlino in maniera significativa con il punteggio totale della scala (SAR). Lo stesso tipo di risultato lo attendiamo dai fattori della TAS-20 rispetto al valore totale della scala (TAS-20). Si ipotizza anche che, i fattori 2,3,4 della SAR correlino rispettivamente con i fattori 1,2,3 della TAS-20 dato che misurano lo stesso costrutto. Potrebbero essere rilevate infine correlazioni tra: il fattore 1 della SAR e il fattore 1 della TAS-20 e il fattore 5 della SAR e il fattore 3 della TAS-20, poiché, pur misurando dimensioni diverse, logicamente sono da ritenersi in relazione (Baiocco et al., 2005).

Campione

Lo studio è stato condotto su un campione clinico di 44 adolescenti (con età media di 15,1 e d.s.=1,67) e su un altro di controllo sempre di 44 soggetti (con età media di 16,9 e d.s.=0,4) Il campione sperimentale è stato selezionato tra gli adolescenti in cura presso il Day Hospital per Adolescenti della II Cattedra di Neuropsichiatria Infantile del Dipartimento di Scienze Neurologiche Psichiatriche e Riabilitative dell'Età Evolutiva¹ secondo queste caratteristiche:

- età compresa tra i 13 e i 18;
- presenza di una diagnosi di tratto o disturbo di personalità effettuata tramite la somministrazione dell'Intervista Clinica Strutturata del DSM-III-R (SCID II) e attraverso colloqui psicologico-clinici;

¹ Presso U.O.C. Neuropsichiatria Infantile A, prof.ssa Teresa Carratelli, Coordinatore Day Hospital, dott. Gianluigi Monniello.

- assenza di diagnosi in Asse I per ciò che riguarda i disturbi psicotici e un disturbo depressivo maggiore² (soprattutto quest'ultimo si suppone possa influenzare la ricerca per la sua associazione con l'Alessitimia);
- siano stati sottoposti a valutazione tramite gli strumenti SAR e TAS-20.

Nel campione clinico sono presenti 22 soggetti che appartengono al Cluster B e 22 al Cluster C ed è composto da 11 femmine (25%) e 33 maschi (75%). Questo gruppo è composto da 23 soggetti (52,27%) con età compresa tra i 13 e i 15 anni e 6 mesi e 21 (47,73%) con età compresa tra i 15 anni e 6 mesi e i 18.

Nel gruppo di controllo di adolescenti di una scuola di Roma³ sono stati arruolati 22 femmine e 22 maschi. Letà dei soggetti va dai 16 ai 18 anni quindi nel nostro studio faranno tutti parte della seconda fascia d'età. A differenza del gruppo clinico che è stato sottoposto ad entrambi i test che valutano l'Alessitimia (TAS-20 e SAR), i soggetti del gruppo di controllo sono stati sottoposti esclusivamente alla SAR⁴.

Descrizione degli strumenti utilizzati

Gli strumenti utilizzati sono: la SCID II per la valutazione della personalità la SAR e la TAS-20 per la valutazione dell'Alessitimia e il BDI per escludere i soggetti con alti livelli di depressione.

1) **La SCID II** (Structured Clinical Interview for DSM) è un'intervista semi-strutturata per la valutazione diagnostica dei dieci disturbi di personalità dell'asse II del DSM-III-R, e dei Disturbi Passivo-Aggressivo e Auto-Frustrante. Al paziente viene somministrato un questionario con risposta SI/NO composto da 113 domande e gli item esplorano i corrispondenti criteri diagnostici per il manuale per ciascun Disturbo di personalità.

Nella SCID-II la sequenza dei disturbi non segue l'ordine di classificazione del DSM-III-R ma un criterio di "progressività" che, per agevolare il rapporto con il soggetto (ed evitare di iniziare con i disturbi del cluster A: paranoide, schizoide, schizotipico), indaga per primo il Disturbo Evitante di personalità (1-8), per poi passare in rassegna tutti gli altri: Disturbo Dipendente di personalità (9-17), Disturbo Ossessivo-Compulsivo di personalità (18-28), Disturbo Passivo-Aggressivo di personalità (29-37), Disturbo Auto-Frustrante di personalità (38-49), Disturbo Paranoide di personalità (50-56), Disturbo Schizotipico di personalità (57-64), Disturbo Schizoide di personalità (65-69), Disturbo Istrionico di personalità (70-74), Disturbo Narcisistico di personalità (75-88), Disturbo Borderline di personalità (89-101) e Disturbo Antisociale di personalità (102-113).

La SCID-II consente di formulare una valutazione dei disturbi di asse II di tipo

² I disturbi depressivi sono stati misurati con il Beck Depression Inventory (BDI) e sono stati esclusi tutti i soggetti con punteggi superiori a 30, cioè tutti gli adolescenti con diagnosi di depressione grave.

³ Un ringraziamento alla Cattedra di neuropsichiatria infantile del prof. Vincenzo Guidetti per aver fornito questi dati, ed in particolar modo alla dott.ssa Federica Galli e alla dott.ssa Annamaria Demontis.

⁴ Un ringraziamento, inoltre, al prof. Baiocco per aver fornito preziosi chiarimenti sulla SAR e sul suo utilizzo.

categoriale (presenza o assenza del disturbo) o dimensionale (annotando il numero dei criteri diagnostici per ciascun disturbo di personalità codificato "3", le cui caratteristiche siano cioè patologiche, persistenti e pervasive). È stata scelta per questa ricerca perché consente di ipotizzare immediatamente un inquadramento diagnostico del paziente che si rifà ai criteri del DSM e quindi consente la rilevazione di tratti o disturbi di Personalità in maniera rapida e agevole. Ovviamente i risultati del test devono essere integrati con dei colloqui clinici per arrivare ad una diagnosi più completa e affidabile.

2) **La SAR** (Scala Alessitimica Romana) di Baiocco *et al.* (2005) è una scala di valutazione che misura il grado di Alessitimia di un soggetto. È composta da 27 item a cui un soggetto deve rispondere su una scala Likert di tipo temporale che va da "Mai" a "Sempre". Gli item sono stati scritti in parte in "chiave positiva" e in parte in "chiave negativa" in modo da evitare l'incidenza dell'acquiescenza. La scala si articola in 5 fattori:

- F1) *Espressione somatica delle emozioni (ESE)*;
- F2) *Difficoltà ad identificare le proprie emozioni (DIE)*;
- F3) *Difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni (DCE)*;
- F4) *Pensiero orientato esternamente (POE)*;
- F5) *Difficoltà ad essere empatici (EMP)*.

Il punteggio totale è un indice generale di Alessitimia e si ottiene sommando i punteggi dei singoli fattori. Il primo fattore valuta la tendenza ad esprimere le proprie emozioni attraverso il proprio corpo: il soggetto infatti può riferire di provare strane sensazioni fisiche che non sa spiegare. Il secondo fattore valuta la capacità di identificare le proprie emozioni e nel comprendere i motivi per cui in certi momenti e situazioni si provano certi sentimenti. Con *Difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni* (F3) si vogliono identificare tutti i casi in cui un individuo tende ad evitare di parlare dei propri aspetti più personali e profondi anche con persone che conosce da tempo. Il quarto fattore si riferisce ad uno stile cognitivo improntato sulla realtà fattuale e scarsamente simbolico. Nella *Difficoltà ad essere empatici* (F5) gli autori individuano la tendenza a disinteressarsi ai problemi personali anche di persone a loro molto vicine.

Per individuare i valori di un funzionamento alessitimico si utilizzano le tabelle normative con i punteggi standardizzati sten che vanno da 1 a 10. Gli autori consigliano di considerare punteggi sten 8 come cut-off per l'Alessitimia. Si possono considerare tratti di alessitimia i punteggi sten 6 e 7. I principali motivi per cui è stata utilizzata in questo lavoro si possono così riassumere: è indicata per misurare tale costrutto anche in adolescenza e rispetto ad altri strumenti che misurano l'Alessitimia possiede due scale (la 1 e la 5) che valutano aspetti non presi in considerazione da altri test (somatizzazione dell'emozione ed empatia).

3) **La TAS-20** (Toronto Alexithymia Scale) di Bagby *et al.* (1994) è la scala maggiormente usata per misurare l'Alessitimia e presumibilmente quella più valida. È stata dimostrata come buona la sua coerenza interna, l'attendibilità test-retest, la validità convergente, discriminante e concorrente. Dal 1994 ad oggi è stata citata in 340 lavori diversi ed è stata tradotta in diverse lingue, molte europee (danese, tedesco,

finlandese, italiano, francese, greco, norvegese, portoghese, spagnolo, polacco, ungherese, svedese e olandese) ed alcune extra-europee (hindi, tamil, giapponese, coreano, lituano, cinese ed ebraico).

La scala comprende 20 affermazioni che descrivono comportamenti, pensieri e preferenze. Le risposte agli item sono su una scala Likert a 5 punti che va da “totale disaccordo” a “totale accordo”.

La TAS-20 è composta da tre sottoscale che riflettono i tre principali aspetti del concetto di Alessitimia:

- F1) *DIF* che valuta la “difficoltà nell’identificare le emozioni”.
- F2) *DDF* che valuta la “difficoltà nel descrivere le emozioni”.
- F3) *EOT* che riflette il “pensiero concreto, orientato esternamente” o una preoccupazione per i dettagli degli eventi esterni.

In accordo con le raccomandazioni degli autori della scala, viene usato un punto limite di Alessitimia: i punteggi totali alla TAS-20 ≥ 61 sono definiti come casi alessitimici. Possono essere definiti tratti di Alessitimia i punteggi che vanno da 51 a 60.

In un lavoro recente (La Ferlita *et al.*, 2008) è stata verificata l’applicabilità della TAS-20 su una popolazione di adolescenti italiani; questo studio ha evidenziato che per la misurazione dell’Alessitimia in adolescenza è più valida una soluzione con 4 fattori: scomponendo infatti il 3° fattore in 2 ulteriori fattori (*Pensiero orientato all’esterno* e *Difficoltà nel contatto e nell’utilizzo delle emozioni*) sembra che si risolva il problema della debolezza del 3° fattore e venga descritta una caratteristica propria di questa fascia d’età e cioè la difficoltà ad usare le emozioni come segnali.

4) **II BDI** (Beck Depression Inventory) è una scala che misura l’intensità della depressione presente in un soggetto. Secondo l’autore la depressione è determinata da un modo di pensare viziato da una generale propensione a interpretare gli eventi in modo negativo. Le modificazioni del tono dell’umore sono quindi secondarie a quelle che Beck definisce “distorsioni cognitive”.

Gli schemi negativi e le distorsioni cognitive portano a quella che Beck definisce “triade negativa”, una visione negativa di sé del mondo e del futuro.

A partire da queste elaborazioni teoriche l’autore arriva a definire un raggruppamento nosografico della sindrome depressiva. Tale raggruppamento è formato da 21 aree d’indagine, che corrispondono rispettivamente ai 21 item di cui si compone il BDI.

Gli aspetti indagati dal test sono: tristezza, pessimismo, senso di fallimento, insoddisfazione, senso di colpa, aspettativa di punizione, delusione verso se stessi, auto-accusa, idee suicide, pianto, irritabilità, indecisione, dubbio, ritiro sociale, svalutazione della propria immagine corporea, calo dell’efficienza lavorativa, disturbo del sonno, faticabilità, calo dell’appetito, calo ponderale, preoccupazioni somatiche, calo della libido.

Gli item compresi tra la domanda numero uno e la domanda numero tredici confluiscono nella subscale cognitivo-affettiva, i restanti item sono invece raggruppati nella subscale dei sintomi somatici e prestazionali.

Il paziente ha la possibilità di scegliere tra quattro risposte alternative secondo gradi di gravità crescente. Questa soluzione è resa necessaria dallo scopo del test che

abbiamo detto essere quello di misurare l'intensità della depressione esperita dal paziente con particolare riferimento all'ultima settimana. Il livello in cui la depressione è da considerarsi grave è con un punteggio maggiore di 30.

È stato scelto il BDI per la misurazione della depressione sia perché sembra adatto alla popolazione adolescente e sia perché per lo scopo della ricerca era necessario uno strumento che individuasse chiaramente i soggetti con depressione grave.

Discussione dei risultati

Dalla prima analisi sulla prevalenza dell'Alessitimia si evince che il gruppo sperimentale rispetto a quello di controllo presenta valori più alti sia per quanto riguarda la patologia che per quanto riguarda i tratti (vedi Tabella 1). Possiamo notare come nel gruppo di controllo la patologia sia del 7% mentre nel gruppo clinico raggiunga il 10%.

Tabella 1. Prevalenza alessitimia nel gruppo clinico e in quello di controllo misurata con la SAR.

			Gruppi		Total
			controllo	clinico	
sar_gruppo	normale	Count	27	23	50
		% of Total	30%	26%	56%
	tratti	Count	11	12	23
		% of Total	13%	14%	27%
	patologia	Count	6	9	15
		% of Total	7%	10%	17%
Total		Count	44	44	88
		% of Total	50%	50%	100%

Dal grafico (Figura 1) possiamo apprezzare meglio come è distribuito il campione.

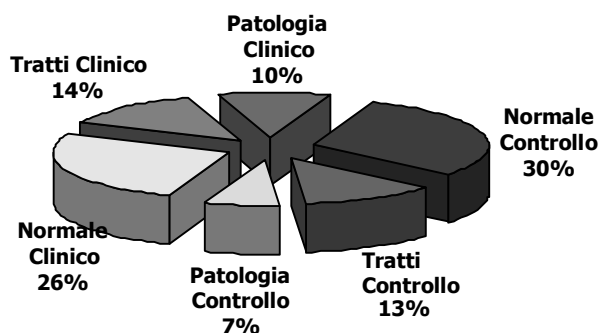


Figura 1. Distribuzione dell'Alessitimia nel campione misurata con la SAR.

Effettuando però un'analisi statistica tramite ANOVA si evince che tra i due gruppi c'è differenza significativa ($F_{1,86} = 5,543$; $p < .05$) solo per il fattore 5 della SAR (vedi Tabella 2), ossia *Difficoltà di Empatia*: comparando le medie si comprende come i punteggi del gruppo clinico siano significativamente più alti di quelli del gruppo controllo.

Tabella 2. ANOVA tra gruppo clinico e gruppo di controllo per la SAR

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Espress_som	Between Groups	,284	1	,284	,032	,858
	Within	756,159	86	8,793		
	Total	756,443	87			
Diff_id_emoz	Between Groups	2,557	1	2,557	,177	,675
	Within	1239,159	86	14,409		
	Total	1241,716	87			
Diff_com_emoz	Between Groups	12,375	1	12,375	,929	,338
	Within	1146,068	86	13,326		
	Total	1158,443	87			
Pen_orien_est	Between Groups	23,011	1	23,011	2,761	,100
	Within	716,705	86	8,334		
	Total	739,716	87			
Diff_Empatia	Between Groups	60,557	1	60,557	5,543	,021**
	Within	939,523	86	10,925		
	Total	1000,080	87			
sar	Between Groups	48,011	1	48,011	,425	,516
	Within	9710,614	86	112,914		
	Total	9758,625	87			

** La differenza di medie è significativa al livello 0.05

Dal grafico (Figura 2) risulta evidente la differenza tra medie rispetto alla dimensione 5 della SAR.

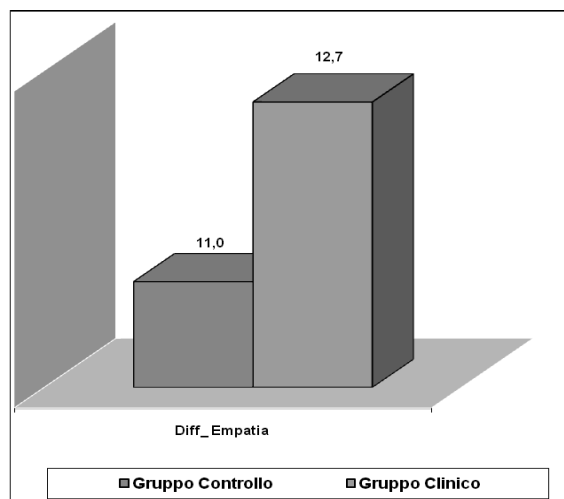


Figura 2. Differenza di medie per il fattore 5 della SAR nel Gruppo Clinico e di Controllo.

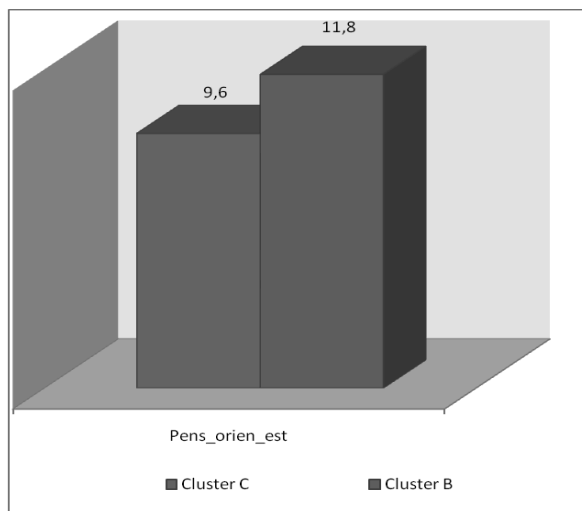
Per quanto riguarda la 2^a ipotesi (Cluster B > Cluster C), la prevalenza di Alessitimia risulta molto simile rispetto alla categoria patologia (rispettivamente 11% e 9 %) mentre il Cluster B presenta valori più alti nella categoria tratti (18% e 9%) rispetto al Cluster C. L'analisi della varianza non ha evidenziato differenze significative nel punteggio totale della SAR, ma ne ha identificata una ($F_{1,42} = 5,109$; $p < .05$) nel fattore 4, *Pensiero orientato esternamente* (vedi Tabella 3): i soggetti che appartengono al Cluster B hanno dei punteggi significativamente più alti rispetto a quelli di Cluster C in questa dimensione.

Tabella 3. ANOVA tra Cluster B e Cluster C per la SAR.

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Espressio m	Between	,205	1	,205	,019	,892
	Within	460,22	42	10,95		
	Tota	460,43	43			
Diff_id_emo z	Between	,568	1	,568	,038	,846
	Within	624,40	42	14,86		
	Tota	624,97	43			
Diff_com_emo z	Between	1,84	1	1,84	,105	,747
	Within	735,31	42	17,50		
	Tota	737,15	43			
Pen_orien_esi t	Between	54,56	1	54,56	5,10	,029*
	Within	448,59	42	10,68		
	Tota	503,15	43			
Diff_Empatia	Between	15,36	1	15,36	1,14	,291
	Within	563,36	42	13,41		
	Tota	578,72	43			
sar	Between	105,09	1	105,09	,703	,407
	Within	6279,09	42	149,50		
	Tota	6384,18	43			

** La differenza di medie è significativa al livello 0.05

Il grafico (Figura 3) mostra la differenza di medie tra i due Cluster rispetto al fattore 4 della SAR.

Figura 3. Differenza di medie tra Cluster B e Cluster C per il 4° fattore della SAR.

Un'analisi interessante consiste nel comparare le medie dei 3 gruppi (Controllo, Cluster B e Cluster C) rispetto alla SAR e ai suoi fattori. Sul punteggio totale della SAR non ci sono differenze tra i gruppi come dimostrato precedentemente, ma effettuando il confronto Post Hoc con il metodo Duncan sulle medie dei fattori 4 e 5 si rilevano dati significativi (vedi Tabella 4): risulta infatti che il Cluster B ha un punteggio significativamente più alto ($F_{2,85} = 4,98$; $p < .05$) sia rispetto al Cluster C, che al gruppo di controllo, per la scala *Pensiero orientato esternamente* (F4), mentre rispetto alla scala *Difficoltà di Empatia* (F5), il Cluster B ha punteggi significativamente più alti ($F_{2,85} = 3,49$; $p < .05$) di quelli ottenuti dal gruppo di controllo ma analoghi a quelli del Cluster C.

Tabella 4. Confronti Post Hoc tra Cluster B, C e gruppo di controllo per i fattori 4 e 5 della SAR.

Pens_orien_Est				Diff_Empatia			
Cluster	N	Sottoinsieme per alfa =.05		Cluster	N	Sottoinsieme per alfa =.05	
		2	1			2	1
Controllo	44	11,0682		Cluster C	22	9,5909	
Cluster C	22	12,1364	12,1364	Controllo	44	9,6818	
Cluster B	22		13,3182	Cluster B	22		11,8182
Sig.		,242	,196	Sig.		,906	1,000

Sono visualizzate le medie per i gruppi di sottoinsiemi omogenei.
La differenza di medie è significativa al livello 0.05

Dal grafico (Figura 4) dei confronti Post Hoc tra Cluster B, C e gruppo di controllo per i fattori si può apprezzare la differenza di medie.

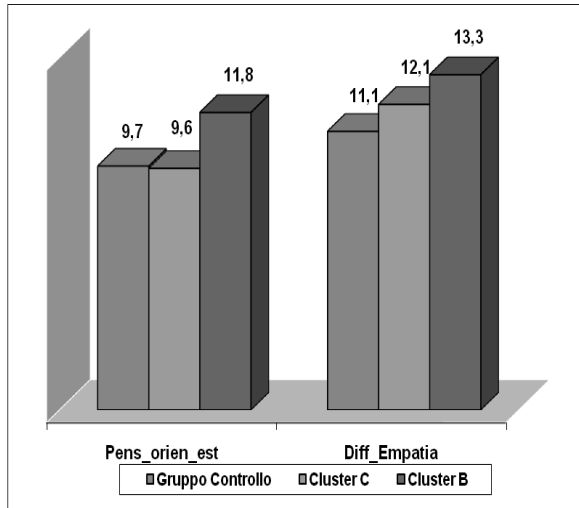


Figura 4. *Differenza di medie nel Cluster B, C e nel Gruppo di Controllo rispetto ai fattori 3, 4 e punteggio totale della SAR.*

Successivamente si è voluto indagare se esistessero differenze di genere significative come indicato dalla letteratura. Il campione totale (N=88) è composto da 33 femmine (37,5%) e 55 maschi (62,5%). Nel gruppo sperimentale sono presenti 11 femmine, pari al 25%, e 33 maschi, pari al 75%. Il gruppo di controllo è invece omogeneo con 22 maschi e 22 femmine.

Le femmine sono risultate meno alessitimiche dei maschi nella prima ANOVA (vedi Tabella 5); in particolare, hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi rispetto ai maschi nel totale della SAR ($F_{1,86} = 5,252$; $p < .05$) e nei fattori 3 ($F_{1,86} = 9,883$; $p < .05$) e 5 ($F_{1,86} = 10,625$; $p < .05$) cioè rispettivamente nella *Difficoltà a comunicare le emozioni* e nella *Difficoltà di empatia*.

Tabella 5. ANOVA tra i sessi all' interno dell'intero campione.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Espress_som	Between Groups	,928	1	,928	,106	,746
	Within	755,515	86	8,785		
	Total	756,443	87			
Diff_Id_emoz	Between Groups	2,819	1	2,819	,196	,659
	Within	1238,897	86	14,406		
	Total	1241,716	87			
Diff_com_emoz	Between Groups	119,401	1	119,401	9,883	,002**
	Within	1039,042	86	12,082		
	Total	1158,443	87			
Pen_orien_est	Between Groups	24,273	1	24,273	2,918	,0911
	Within	715,442	86	8,319		
	Total	739,716	87			
Diff_Empatia	Between Groups	109,970	1	109,970	10,625	,002**
	Within	890,109	86	10,350		
	Total	1000,080	87			
sar	Between Groups	561,607	1	561,607	5,252	,024**
	Within	9197,018	86	106,942		
	Total	9758,625	87			

** La differenza di medie è significativa al livello 0.05

Il grafico (Figura 5a) mette in luce le differenze di medie nel genere rispetto al 3° al 5° fattore della SAR:

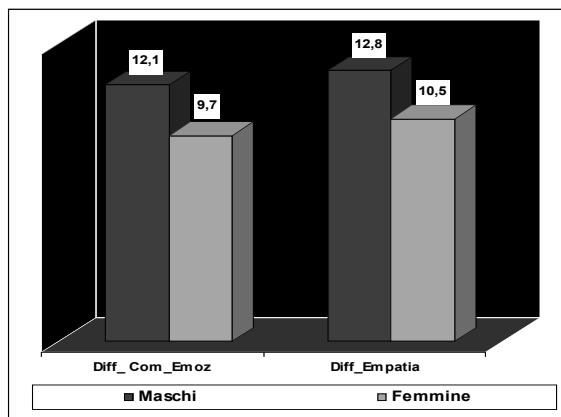


Figura 5a. Differenza di medie nel genere rispetto ai fattori 3, 5 della SAR.

Ancora più evidente nella Figura 5b risulta la differenza di medie tra i sessi nel punteggio Totale della SAR.

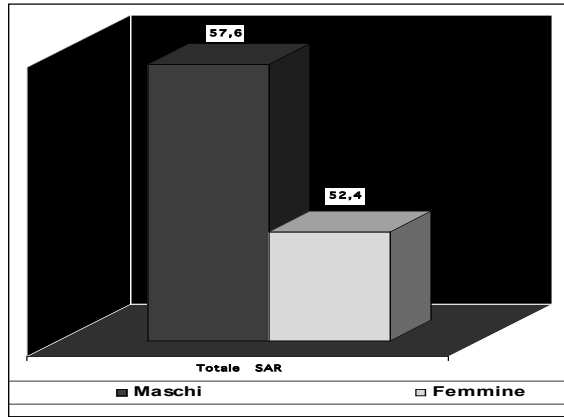


Figura 5b. *Differenza di media nel genere rispetto al punteggio Totale della SAR*

Si è tentato di verificare anche se l'età potesse influire sul costrutto dell'Alessitimia: si ipotizzava infatti, che ci potesse essere un effetto "maturazione" che avrebbe causato una diminuzione dei tratti di Alessitimia negli adolescenti più grandi rispetto a quelli più piccoli (Sakkinen et al., 2007).

Il campione totale (N=88) è composto da 23 adolescenti con età compresa tra i 13 e i 15 anni e 6 mesi (26 %) e dai restanti 65 con età compresa tra i 15 anni e 6 mesi e i 18 (74%). Confrontando questi due gruppi non si riscontrano differenze significative; anche prendendo in considerazione solamente il gruppo sperimentale, in cui i soggetti rispetto all'età sono distribuiti in maniera più omogenea (52% nel primo gruppo e 48% nel secondo), dall'analisi della varianza non si ricava una differenza significativa nei punteggi.

Ora passiamo ad analizzare le correlazioni di SAR e TAS-20. Il confronto più interessante è quello tra i due strumenti: la matrice di correlazione tra i punteggi della SAR e della TAS-20 può fornirci informazioni utili sul grado di accordo delle due scale per la misura del costrutto Alessitimia.

Come possiamo vedere dalla Tabella 6 il Totale dei punteggi SAR ha una correlazione significativa con i punteggi totali della TAS-20 ($r = 0.473$). Il fatto che non sia la correlazione più alta ottenuta da questa analisi rappresenta un aspetto da valutare con attenzione.

Come si può notare una correlazione molto alta si riscontra tra il Totale dei punteggi SAR e il 3° fattore della TAS-20, ossia il *Pensiero concreto* ($r = 0.664$); in generale si può dire che tutti i fattori della SAR (ad eccezione del 1°) sono correlati in maniera significativa con il fattore 3 della TAS-20.

Tabella 6. *Matrice di correlazione tra la SAR e la TAS-20.*

	Diff_ld_emoz	Diff_desc_emo	Pen_concreto	Tot TAS
F1. Espress_som (ESE)	,342*	,054	,180	,296
F2. Diff_ld_emoz (DIE)	,195	,096	,474**	,377*
F3. Diff_com_emoz	,135	,317*	,477**	,442**
F4. Pen_orien_est (POE)	-,200	-,246	,508**	,029
F5. Diff_Empatia (EMP)	,071	,211	,539**	,391**
Tot SAR	,164	,147	,664**	,473**

** La Correlazione è significativa al livello 0.01 (2-code).

* La Correlazione è significativa al livello 0.05 (2-code).

Dalle nostre ipotesi iniziali ci attendevamo effettivamente di riscontrare una correlazione abbastanza alta tra il fattore 3 della TAS-20 e il fattore 4 (POE) della SAR ($r = 0.508$); poteva apparire meno scontato rilevare una correlazione tra il fattore 3 della TAS-20 e il fattore 5 (EMP) della SAR dato che queste due scale misurano due costrutti diversi. I due fattori sono invece molto correlati ($r = 0.538$). Risultano significative anche le correlazioni tra il 3° fattore della TAS-20 e il 2° ($r = 0.474$) e il 3° ($r = 0.477$) della SAR.

Le altre dimensioni della TAS-20 (*Difficoltà ad identificare le emozioni* e *Difficoltà a descrivere le emozioni*) sono come da noi ipotizzato, correlate rispettivamente con il fattore 1 (ESE) ($r = 0.342$) e con il fattore 3 (DCE) ($r = 0.317$) della SAR. Suscita qualche perplessità il fatto che non sia stata trovata correlazione significativa tra la *Difficoltà ad identificare le emozioni* della TAS-20 e il fattore 2 della SAR (DIE), nonostante le due scale valutino la stessa capacità.

Il Totale della TAS-20, infine, è come ci aspettavamo correlato, significativamente con i fattori 2 ($r = 0.377$), 3 ($r = 0.442$) e 5 ($r = 0.391$) della SAR, ma non significativamente con il fattore 4 della SAR come ci si poteva attendere.

Prima di passare alle conclusioni sembra importante mettere in luce uno dei principali limiti che riguarda la natura degli strumenti utilizzati per la valutazione dell'Alessitimia: la TAS-20 e la SAR sono test self-report che necessariamente comportano il bias sistematico dell'auto-valutazione: non si può sapere se il modo in cui il soggetto sta rispondendo alla scala self-report è diverso dal modo in cui risponderebbe ad un'altra scala – ad esempio etero-somministrata – che misuri lo stesso costrutto. In sostanza, è possibile che un soggetto valuti se stesso come alessitimico ad una scala self-report come la TAS-20 o la SAR ma non risulti alessitimico se osservato da un esaminatore esterno e, viceversa, che non valuti se stesso come alessitimico al test self-report ma che lo risulti quando viene valutato con uno strumento eterogeneo come una scala observer-rated.

Conclusioni

Dai risultati di questo studio emerge che l'Alessitimia è un costrutto composto da più dimensioni che sono necessarie per descrivere la complessità della patologia. Proprio per questo, pur non rilevando differenze significative tra campione clinico e controllo per il punteggio totale dell'Alessitimia, sembra importante sottolineare che i soggetti con DP presentano punteggi più elevati rispetto al gruppo di controllo nella dimensione 5 della SAR, ovvero nella *Mancanza d'Empatia*.

Questi soggetti, come viene illustrato anche in letteratura (Lingiardi, 2001; Gabbard, 2000), risultano perciò poco attenti a sintonizzarsi con i bisogni altrui; nel caso degli adolescenti di Cluster C, distaccandosi dai problemi degli altri, nel caso degli adolescenti di Cluster B manipolando e sfruttando l'oggetto senza mostrare particolare interesse verso di esso.

Nel confronto tra i due Cluster, il Cluster B presenta punteggi più elevati del Cluster C rispetto al 4° fattore della SAR, ossia il *Pensiero orientato esternamente*. Lo stile cognitivo di questi adolescenti è quindi concreto, orientato verso l'esterno, scarsamente introspettivo e teso ad escludere la fantasia dalla coscienza. Si potrebbe ipotizzare che questi individui utilizzino l'eliminazione della fantasia come meccanismo di difesa vero e proprio volto a preservare la loro struttura psichica da sentimenti minacciosi o ritenuti non gestibili; ciò comporterebbe quindi l'espulsione dalla coscienza di ampi segmenti della propria realtà interna e di conseguenza un impoverimento della rappresentazione di sé e delle proprie funzioni simboliche.

Dai risultati si evince anche che, come dimostra parte della letteratura (Salminen et al., 1999; Hokalampi et al., 2000; Kokkonen et al., 2001; Mattila et al., 2006), la variabile sesso influenza il costrutto alessitimico: i maschi infatti hanno ottenuto punteggi significativamente più alti rispetto alle femmine nel Totale SAR, nel 3° fattore, cioè la *Difficoltà nel comunicare le proprie emozioni*, e nella *Mancanza d'Empatia* (fattore 5).

Particolarmente rilevante è la differenza riscontrata nel 5° fattore poiché rappresenta una dimensione non valutata da altri strumenti che misurano l'Alessitimia. Questo dato ci fa ritenere che negli adolescenti così come negli adulti, ci sia una prevalenza di Alessitimia nel sesso maschile.

Per quanto riguarda l'età non sono state riscontrate differenze significative tra adolescenti più piccoli (13-15,5) e adolescenti più grandi (15,5). La mancanza di tale risultato può essere addebitata alla ristrettezza del campione utilizzato; si ritiene quindi che possa risultare utile realizzare una ricerca simile ampliando il campione per verificare se effettivamente ci sia una significativa differenza nella prevalenza di Alessitimia dovuta all'età.

Riportiamo infine il confronto tra la SAR e la TAS-20: dalle correlazioni ottenute è emerso che i due strumenti misurano lo stesso costrutto, sembrano affidabili e rispettano i presupposti teorici con cui sono stati costruiti. I risultati ottenuti mostrano una buona validità convergente e divergente della SAR nei confronti della TAS-20.

Nelle dimensioni della SAR e della TAS-20 che misurano concetti simili sono state riscontrate significative correlazioni (tranne nella *Difficoltà ad Identificare le*

Emozioni); anche nelle dimensioni non simili concettualmente ma logicamente correlate si riscontrano correlazioni significative.

La SAR, con la sua struttura a 5 fattori, sembra fornire maggiori elementi di conoscenza della TAS-20 (composta da 3 fattori), nella misurazione dell'Alessitimia, in quanto riesce a descrivere in maniera più completa e particolareggiata le difficoltà del soggetto, è più informativa su vari aspetti del costrutto alessitimico che nella TAS-20 non sono presi in considerazione. I suoi fattori mostrano più stabilità rispetto a quelli della TAS-20, e sembra che sia più adatta per un'età come l'adolescenza poiché mette in luce aspetti come la *Somatizzazione delle Emozioni* e la *Mancanza d'Empatia* che si presentano come ambiti critici soprattutto in quest'età (Monniello, 2000).

La rilevazione e il riconoscimento di soglie patologiche nelle dimensioni dell'Alessitimia risulta di grande utilità nella pratica clinica poiché può fornire in fase diagnostica delle valide indicazioni che possono essere utilizzate anche negli incontri terapeutici con gli adolescenti (Monniello 2005; Monniello, Spano, 2003).

Riassunto Il presente lavoro intende mettere in luce la natura transnosografica e la multidimensionalità del costrutto di Alessitimia. La ricerca vuole evidenziare come sia importante per condurre un buon trattamento sugli adolescenti valutare approfonditamente nel corso della diagnosi i risultati ottenuti nelle singole dimensioni di Alessitimia. Gli strumenti utilizzati per valutare l'Alessitimia sono: la SAR e la TAS-20. Da un confronto tra le correlazioni di questi due strumenti è emerso che esse misurano lo stesso costrutto, sembrano affidabili e rispettano i presupposti teorici con cui sono stati costruiti. La SAR, con la sua struttura a 5 fattori, sembra fornire maggiori elementi di conoscenza della TAS-20 (composta da 3 fattori), nella misurazione dell'Alessitimia in adolescenti con DP. La ricerca ha evidenziato che gli adolescenti con Disturbi di Personalità (DP) di Cluster B e C hanno maggiori difficoltà a sintonizzarsi con i bisogni altrui rispetto al gruppo di adolescenti senza problemi psichiatrici; gli adolescenti del Cluster B se confrontati con quelli di Cluster C e con quelli di controllo mostrano uno stile cognitivo più concreto, orientato verso l'esterno, scarsamente introspettivo e teso ad escludere la fantasia dalla coscienza. Dai risultati emerge anche che i maschi sono più alessitimici, hanno maggiori difficoltà a comunicare le proprie emozioni e sono meno empatici rispetto alle femmine.

Parole chiave Alessitimia – Disturbo di Personalità – Adolescenza – SAR – TAS-20.

Bibliografia

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, IV^a ed.* (DSM-IV-TR), text revision, Milano, Masson.
- BACH M., DE ZWANN M., ACKARD D., NUTZINGER D.O., MITCHELL J. E. (1994), Alexithymia: relationship to personality disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 35: 239-243.
- BAGBY R. M., PARKER J. D. A., TAYLOR G. J. (1994), The twenty-item Toronto Ale-

- xithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure, *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23-32.
- BAIOCCO R., GIANNINI A.M., LAGHI F. (2005), *Scala Alessitimica Romana (SAR)*, Trento, Erickson.
- BOURKE M. P., TAYLOR G. J., PARKER J. D. A., BAGBY R. M. (1992), Alexithymia in women with anorexia nervosa: A preliminary investigation, *British Journal of Psychiatry*, 161: 240-243.
- FORTUGNO S. (2005), L'Alessitimia e la qualità delle relazioni oggettuali come indicatori premorbose della strutturazione di un Disturbo di Personalità in adolescenza, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 72: 467-482.
- GABBARD G. O. (2000), *Psichiatria Psicodinamica. Terza Edizione*, Milano, Raffaello Cortina, 2002, pp. 401-595.
- GUILBAUD O., LOAS G., COLCOS M., SPERANZA M., STEPHAN P., PEREZ-DIAZ F., VENISSE J. L., GUELFY J. D., BIZOUARD P., LANG F., FLAMENT M., JEAMMET P. (2002), L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone, *Annales Medico-Psychologiques*, 160: 77-85.
- HONKALAMPI K., HINTIKKA J., TANSKANEN A., LEHTONEN J., VIINAMAKI H. (2000), Depression is strongly associated with alexithymia in the general population, *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 99-104.
- JIMERSON D. C., WOLFE B. E., FRANKO D. L., COVINO N. A., SIFNEOS P. E. (1994), Alexithymia ratings in bulimia nervosa: clinical correlates, *Psychosomatic Medicine*, 56: 90-93.
- JOUKAMAA M., SAARIJARVI S., MUURIAISNIEMI M.L., SALOKANGAS R.K. (1996), Alexithymia in a normal elderly population, *Comprehensive Psychiatry*, 37: 144-147.
- KOKKONEN P., KARVONEN J., VEIJOLA J., LUKSY K., JOKELAINEN J., JARVELIN M. R., JOUKAMAA M. (2001), Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults, *Comprehensive Psychiatry*, 42: 471-476.
- KRYSTAL H. (1988), *Integration & Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia*, Hillsdale, New Jersey, The Analytic Press [trad. it. *Affetto, trauma, alessitimia*, Roma, Magi Editore, 2007].
- LA FERLITA V., BONADIES M., SOLANO L., DE GENNARO L., GONINI P. (2008), Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani, in *Comunicazioni del Convegno Nuove frontiere della ricerca clinica in adolescenza*, pp.80-83.
- LINGIARDI V. (2001), *La personalità e i suoi disturbi*, Milano, Il Saggiatore.
- MASON O., TYSON M., JONES C., POTTS S. (2005), Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample, *Psychology and Psychotherapy*, 78: 113-125.
- MATTILA A. K., SALMINEN J. K., NUMMI T., JOUKAMAA M. (2006), Age is strongly associated with alexithymia in the general population, *Journal of Psychosomatic Research*, 61: 629-635.
- MIRIZIO V., SPERANZA A. M., FENU M. A., LOMBARDI F., TOLINO G., LUONI G.

- (2008), I disturbi della regolazione affettiva in un campione clinico di giovani adulti: primi risultati di una ricerca, in *Comunicazioni del Convegno Nuove Frontiere della ricerca clinica in adolescenza*, pp. 30-33.
- MONNIELLO G. (2000), Appunti dal lavoro istituzionale con gli adolescenti. Parte prima: modelli di riferimento e funzionamento della mente adolescente, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 67: 297-304.
- MONNIELLO G. (2005), Introduzione. Luoghi istituzionali e adolescenza, *Quaderni di Psicoterapia infantile*, 51: 9-18.
- MONNIELLO G., SPANO E. (2003), Il trattamento in Ospedale Diurno nella psicopatologia adolescente. La clinica istituzionale fra individuo e gruppalità, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 70: 325-334.
- PARKER J. D. A., TAYLOR G. J., BAGBY R. M. (2003), The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population, *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 269-275.
- PORCELLI P. (2004), Update sul costrutto di alexithymia. Testi della relazione presentata Relazione presentata al 1° Convegno Internazionale sull'Addiction tenutosi a Palermo il 28-29 ottobre 2004.
- SAKKINEN P., KALTIALA-HEINO R., RANTA K., HAATAYA R., JOUKAMAA M. (2007), Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a finnish adolescent population, *Psychosomatics*, 48(2): 154-161.
- SALMINEN J., SAARIJARVI S., AARELA E., TOIKKA T., KAUFANEN J. (1999), Prevalence of alexithymia and its associations with sociodemographic variables in the general population of Finland, *Journal of Psychosomatic Research*, 46: 75-82.
- TAYLOR G. J. (2000), Recent developments in alexithymia theory and research, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45: 134-142.
- TAYLOR G. J., BAGBY R. M. (2004), New trends in alexithymia research, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73: 68-77.
- TAYLOR G. J., BAGBY R. M., PARKER J. D. (1997a), *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge, Cambridge University Press, [trad. it. *I disturbi della regolazione affettiva. L'Alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*, Roma, Giovanni Fioriti Editore 2000].
- TAYLOR G. J., PARKER J. D. A., BAGBY R. M. (1997b), Relationships between alexithymia and related constructs, in A. Vingerhoets, F.van Bussel, J. Boelhouwer (Editors), *The (Non)Expression of Emotions in Health and Disease*, Tilburg, Tilburg University Press, pp. 103-130.
- ZONNEVILJE-BENDEK M.J.S., VAN GOOZEN S.H.M., COHEN-KETTENIS P.T., JANSSEN L.M.C., VAN ELBURG A., VAN ENGELAND H. (2005), Adolescent anorexia nervosa patients have a discrepancy between neurophysiological responses and self-reported emotional arousal to psychosocial stress, *Psychiatry research*, 135:45-52.
- ZEITLIN S.B., McNALLY R. J. (1993), Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 150: 658-660.