

# MINERVA

# PSICHIATRICA

VOLUME 55 · N. 4 · DICEMBRE 2014



EDIZIONI · MINERVA · MEDICA

## L'alessitimia come disturbo della regolazione affettiva

M. S. EPIFANIO <sup>1</sup>, S. LA GRUTTA <sup>1</sup>, M. ROCCELLA <sup>1</sup>, R. LO BAIDO <sup>2</sup>

ALEXITHYMIA AS A DISORDER CONCERNING AFFECT REGULATION

**Alexithymia is a theoretical construct concerning the ability to contact our feelings and the ability to describe them in words. It is very useful in clinical experience and also in empirical research for its operationalization and applicability possibility. After more than 40 years from its original definition, with clinical observation of patients defined "psychosomatics" according a classic definition, alexithymia has become one of the most investigated disease in the last decades. This paper aims to explore etiopathogenetic hypotheses and contemporaneous prospective within which it is possible to understand the relevance of the construct both in clinical experience and in empirical research. Furthermore, the paper examines alexithymia assessment methods to provide a complete and updated description of tools now available for clinical research. We also wish to underline the fundamental limit in a detailed study on alexithymia: the absence of psychometric tools to assess the disease in developmental age. This limit is related to the difficulty of building research tools able to understand the developmental movement in emotional processing capacity during childhood. However, there are recent preliminary studies on children/teens and preteens which pave the way for research in this direction.**

**KEY WORDS:** Affective symptoms - Adolescents - Cognitive, psychology.

*<sup>1</sup>Dipartimenti di Scienze Psicologiche, Pedagogiche e della Formazione (SPPF) Università degli Studi di Palermo, Palermo, Italia  
<sup>2</sup>Dipartimento di Biomedicina sperimentale e Neuroscienze Cliniche (Bio.Ne.C.) Università di Palermo, Palermo, Italia*

L'alessitimia è un costrutto relativo alla capacità di contatto con le proprie emozioni e alla capacità di descriverle a parole, di grande utilità clinica, che offre una possibilità di operazionalizzazione e di applicabilità nella ricerca empirica.

A distanza di più di quarant'anni dalla sua originaria definizione, a partire dall'osservazione clinica dei pazienti classicamente definiti come psicosomatici (secondo l'ormai superata visione dicotomica che distingueva le malattie organiche in psicosomatiche e non), l'alessitimia si pone come uno dei concetti psicologici applicati in ambito medico più indagati e germinativi degli ultimi decenni <sup>1</sup>. L'alessitimia viene oggi riconosciuto come un costrutto transnosografico che si pone come fattore di rischio specifico, associato a un ampio spettro di patologie, apparentemente eterogenee dal punto di vista della classificazione nosografica, che fanno parte del concetto sovraordinato di disregolazione affettiva: dalle patologie mediche come alcune neoplasie (neoplasia intraepiteliale della cervice uterina <sup>1</sup>; carcinoma mammario <sup>2</sup>), la sindrome da dolore

Corresponding author: R. Lo Baido, Department of Psychological, Pedagogic and Education Sciences, University of Palermo, Palermo, Italy. E-mail: rosa.lobaido@unipa.it

cronico, l'ipertensione essenziale, i disturbi funzionali gastrointestinali, alcune malattie croniche<sup>3-7</sup>, a disturbi psichiatrici come depressione maggiore, disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze e disturbi dissociativi<sup>8</sup>, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da attacchi di panico. Vi sono inoltre molte prove empiriche che dimostrano come l'alessitimia sia associata ad alterazioni delle funzioni del sistema immunitario sia in soggetti sani che in pazienti clinici<sup>9-13</sup>. La sua associazione aspecifica a una così vasta ed eterogenea gamma di condizioni cliniche offre l'opportunità di un cambiamento di prospettiva teorica che consente di indagare non tanto e solo la condizione clinica dal punto di vista dell'inquadramento sindromico ma soprattutto nei termini di funzionamento mentale sottostante la dinamica di tali condizioni. L'alessitimia pertanto, meglio identificabile come funzionamento mentale di tipo alessitimico, si pone come disturbo particolare della regolazione affettiva, di quella capacità cioè di regolare i propri stati interni, tollerare gli affetti negativi compensandoli con quelli positivi senza ricorrere in modo esclusivo, o quasi, a oggetti esterni (persone, luoghi familiari o oggetti familiari), o acting comportamentali (mangiare, assumere sostanze, atti autolesionistici)<sup>14</sup>. Da questa prospettiva un funzionamento mentale di tipo alessitimico si caratterizza per un marcato disturbo della capacità di mentalizzare gli stati emotivi che può esprimersi in disturbi del comportamento (dal tentato suicidio all'abuso di sostanze, alle disfunzioni gravi del comportamento alimentare), in disturbi della regolazione degli stati affettivi negativi (depressione o panico), in sindromi somatiche<sup>1</sup>.

### **Dalla personalità psicosomatica al costrutto di alessitimia**

Le ipotesi anticipatrici del costrutto di alessitimia vanno ricercate nei contributi degli psicoanalisti francesi della Scuola di Parigi, guidata da Pierre Marty che, sulla base di alcuni resoconti clinici condotti su

pazienti affetti da quelle che allora erano ritenute malattie psicosomatiche classiche, ipotizzarono l'esistenza di una specifica struttura di personalità, la personalità psicosomatica, caratterizzata da una struttura premorbosa che rende i soggetti inadatti ad integrare i traumi psichici in una modalità che non sia quella somatica. Marty e de M'Uzan<sup>15</sup> riferiscono che molti dei loro pazienti si mostravano incapaci di produrre fantasie e che durante i colloqui il contenuto delle loro associazioni era molto banale, privo di immaginazione e legato alla realtà. Essi chiamarono *pensée opératoire* (pensiero operatorio) questo stile utilitaristico di pensiero<sup>16</sup>, inteso come "un'attività cosciente senza rapporto organico con un funzionamento fantasmatico di livello considerevole"<sup>15</sup>, accompagnata da povertà della vita emozionale e relazionale e da un rapporto con oggetti interni ed esterni molto "concreto", privo di risonanza immaginaria. Il pensiero operatorio, dunque non è solo un pensiero non integrato con la fantasia, schematicamente orientato all'evidente e specifica funzionalità dei fatti reali, ma sarebbe anche una modalità in base alla quale le relazioni vengono rappresentate come se gli altri fossero completamente identici e dotati a loro volta di pensiero operatorio; tale modalità diviene nelle relazioni un disturbo della capacità di identificazione, di empatia e comporta un'assenza di calore nelle relazioni intime. Secondo questo modello il pensiero operatorio non è una difesa, ma l'espressione di una difficoltà dell'Io ad organizzare valide difese per cui le pulsioni non possono essere trasformate simbolicamente, ma scaricate "operativamente" attraverso il soma.

Le ipotesi formulate dagli autori francesi hanno suscitato un notevole interesse, ma non ebbero il giusto riconoscimento fino ai primi anni '70 quando due analisti americani Jhoan Nemiah e Peter Sifneos, a Boston, cominciarono a indagare lo stile cognitivo di pazienti con malattie psicosomatiche classiche e il loro modo di comunicare. Da quelle ripetute osservazioni emerse che questi pazienti presentavano una marcata difficoltà a descrivere i propri sentimenti e a differen-

ziarli tra loro, così come presentavano una frequente incapacità a cogliere e localizzare le sensazioni somatiche che accompagnano le emozioni, e una vita di fantasia impoverita. Questi pazienti presentavano dunque un disturbo specifico nelle funzioni affettive e simboliche, disturbo per il quale creano il termine *alessitimia*. Le ragioni per cui il costrutto dell'*alessitimia* ha avuto una più ampia diffusione nella comunità scientifica rispetto a quello di pensiero operatorio va ricercata innanzitutto nel modello esplicativo utilizzato, che nel caso degli autori francesi è rimasto eccessivamente ancorato al modello pulsionale, mentre l'*alessitimia* si è rivelato un costrutto con grandi possibilità di interfaccia con altri costrutti e con le conoscenze derivate dall'*Infant research*, dalle scienze cognitive e dalle neuroscienze. L'*alessitimia* ha inoltre avuto una maggiore definizione empirica, grazie alla rilevazione attraverso strumenti psicometricamente attendibili come la *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*<sup>17-19</sup>, ponendosi così come un programma di ricerca in progress internazionale.

### **Alessitimia e regolazione affettiva**

Il concetto di regolazione/disregolazione affettiva è recentemente entrato in forma compiuta nella ricerca sulle emozioni e da più parti se ne riconosce il ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento della salute<sup>20</sup>. Ma cosa si intende per regolazione degli affetti? Fondamentalmente sono compresi in questo concetto tutti quegli atti compiuti al fine di influire sulle emozioni che proviamo e su come queste sono esperite ed espresse.

Le emozioni hanno importanti funzioni di organizzazione, motivazione e adattamento nel processo di sviluppo dell'individuo. Esse rappresentano, potremmo dire, l'elemento psicosomatico o somapsichico per eccellenza, nel senso che, sebbene tra gli autori non esista consenso sulla definizione di emozione, molti teorici contemporanei convergono sul fatto che la risposta emotiva coinvolga nell'uomo tre sistemi o insieme di processi interrelati:

1. processi neurofisiologici (soprattutto l'attivazione neuroendocrina e del sistema nervoso autonomo);

2. processi motori o comportamentali/espressivi (per es. espressioni facciali, cambiamento nella postura, nel tono di voce ecc);

3. un sistema cognitivo-esperienziale (consapevolezza soggettiva e resoconto verbale di stati emotivi)<sup>14</sup>.

Il processo di regolazione affettiva si fonda sulla possibilità di integrazione tra questi tre sistemi fra loro e con l'ambiente. L'attivazione di uno qualsiasi dei domini di risposta emotiva altera o modula l'attivazione degli altri due e inoltre un aspetto particolare della risposta emotiva in un dominio può modulare un altro aspetto della risposta emotiva all'interno dello stesso dominio. Oltre alla regolazione intradominio e interdominio, le interazioni sociali dell'individuo e altri aspetti dell'ambiente circostante possono fornire una regolazione interpersonale che può avere un ruolo di supporto (cioè calmare) o disorganizzante (cioè esasperare).

Anche gli affetti possono avere un effetto di regolazione sugli altri affetti così come sul pensiero e sul comportamento dell'individuo.

Arbitraria, seppur necessaria alla ricerca, risulta inoltre la scissione affetti/cognizioni che per molto tempo ha caratterizzato la ricerca e la costruzione di modelli in psicologia mentre, come ci fa notare Jones<sup>21</sup>, sebbene sia nella filogenesi che nell'ontogenesi gli affetti precedono lo sviluppo delle facoltà cognitive, tuttavia "l'esperienza di un qualsivoglia affetto è in se stessa cognitiva in quanto aggiunge sempre qualcosa alla conoscenza che abbiamo del nostro corpo o del nostro mondo".

Da un punto di vista evolucionistico le emozioni sono fenomeni esclusivamente biologici, negli animali che non presentano lo sviluppo neocorticale necessario allo sviluppo della cognizione. Negli uomini, invece, esse acquistano una componente psicologica che permette la consapevolezza riflessiva e l'attività intenzionale.

Le emozioni di base sono presenti nel

neonato fin dalla nascita, ma il loro aspetto soggettivo-esperienziale, così come la loro organizzazione più complessa, si svilupperà durante la prima infanzia in relazione alla qualità delle relazioni madre-bambino<sup>22</sup>.

Sulla base di questo modello, Taylor GJ<sup>14</sup>, definisce l'alessitimia come un disturbo della regolazione affettiva e in particolare modo come un deficit nel dominio cognitivo-esperienziale dei sistemi di risposta emotiva e della regolazione interpersonale delle emozioni. Nel soggetto alessitimico, cioè non in grado di identificare le proprie emozioni e soprattutto di differenziarli dagli stati fisiologici di attivazione, i livelli fisiologico e motorio-comportamentale quindi rimarrebbero privi, a livello individuale, di regolazione da parte di una componente più cosciente, cognitiva, verbale e, a livello relazionale, di regolazione interpersonale.

In quest'ottica Taylor GJ<sup>14</sup> sottolinea come allora non si possa considerare l'alessitimia come un fenomeno del tipo "tutto o nulla", come se si trattasse di un'incapacità assoluta a provare ed esprimere le emozioni. Essa va piuttosto intesa come un deficit nella capacità di regolare gli affetti, che a seconda del suo grado di strutturazione, può coinvolgere interamente la vita dell'individuo e la sua modalità di esperire il proprio corpo, il proprio mondo interno e le relazioni con l'ambiente esterno, oppure intaccare specifiche "aree mentali" relative a contenuti specifici dell'esperienza.

L'alessitimia viene considerata, dunque, come indice di un processo di autoregolazione affettiva deficitario e considerata come uno dei possibili fattori di rischio per svariati disturbi psichici e somatici.

Alla luce di quanto su esposto, le numerose definizioni proposte a proposito della distinzione tra alessitimia primaria e secondaria e tra alessitimia come stato o tratto lasciano il campo ad una concezione evolutiva e adattiva dell'alessitimia come dimensione transnosografica esistente lungo un continuum dal normale al patologico. L'ipotesi centrale formulata dal gruppo di Toronto (Taylor G., Bagby M. e Parker J.) che cerca di integrare i contributi provenienti da alcuni paradigmi della psicoana-

lisi contemporanea (la psicologia del Sé e la teoria dell'attaccamento) con le evidenze empiriche e i dati sperimentali provenienti dalle neuroscienze e dalla biologia evolutiva, è che probabilmente l'esperienza infantile dei pazienti alessitimici risulterebbe caratterizzata da una ridotta disponibilità affettiva del *caregiver*. Porzioni più o meno grandi dell'esperienza affettiva e relazionale di questi pazienti rimarrebbero escluse dalla comunicazione con il caregiver e quindi non potrebbero venire integrate all'interno dei modelli affettivo-cognitivi elaborati nella relazione, determinando di conseguenza un accesso limitato alla consapevolezza a una vasta gamma di affetti ed emozioni. Essendo incapaci di identificare alcune esperienze emotive associate a certe configurazioni relazionali e di utilizzare l'attività immaginativa per comunicare e modulare le emozioni, gli individui alessitimici sarebbero obbligati a ricorrere a strategie alternative inefficaci per regolare le esperienze affettive dolorose<sup>23</sup>.

### **Caratteristiche cliniche delle persone alessitimiche**

Dopo la prima enunciazione del costrutto di "alessitimia"<sup>24</sup>, che identificò nella difficoltà ad esprimere verbalmente le emozioni, nella scarsità di fantasia e in uno stile comunicativo incolore, le caratteristiche salienti dei soggetti che ne erano affetti, una serie di ricerche ha ulteriormente approfondito e indagato tale costrutto.

In particolare, fondamentale risulta il contributo di Greame Taylor, Mike Bagby e Jim Parker<sup>14</sup>, che sostituiscono il cosiddetto "gruppo di Toronto", che riconosce come essenziali le seguenti caratteristiche:

1. difficoltà a discriminare un'emozione dall'altra e gli stati somatici dalle emozioni;
2. difficoltà a comunicare agli altri le proprie emozioni;
3. presenza di processi immaginativi coartati, con povertà di vita fantasmatica;
4. presenza di uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso l'esterno piuttosto che introspettivo<sup>20</sup>.

I soggetti alessitimici presentano inoltre una serie di caratteristiche secondarie, non facenti parte essenziale del costrutto teorico dell'alessitimia come lamentele di sintomi somatici in genere (più che problemi psicologici o relazionali), esplosioni di collera o di pianto ma senza il riconoscimento del perché, espressione dell'emozione attraverso agiti, sogni, raramente presenti, che oscillano tra incubi arcaici e pensiero razionale<sup>25</sup>; impressione di pseudonormalità (a volte sembrano "seguire un manuale d'istruzioni")<sup>26</sup>, amimia presente in alcuni casi<sup>27</sup>, oscillazioni tra comportamento dipendente ed evitante<sup>25</sup>, ridotta capacità empatica<sup>28</sup>.

Lo stile comunicativo, caratterizzato da un pensiero simbolico ridotto o assente, il pensiero concreto (*la pensée opératoire*)<sup>15</sup> e attento ai minimi particolari degli eventi esterni, la difficoltà a riconoscere e descrivere i propri sentimenti e a discriminare tra stati emotivi e sensazioni corporee, segnalano l'incapacità del soggetto alessitimico di "entrare in contatto" con il proprio mondo interno.

Seguendo Cantelmi<sup>29</sup> è possibile organizzare il quadro clinico presentato dal paziente alessitimico in quattro punti schematizzati nella Tabella I.

Sebbene sulle caratteristiche cliniche appena descritte e sul costrutto dell'alessitimia

oggi ci sia un generale accordo tra i ricercatori e tra i clinici, in passato c'è stata una controversia relativa alla natura dell'alessitimia, in parte derivata dalla diversa popolazione clinica studiata dai diversi ricercatori.

Il terreno di scontro era offerto dalle riflessioni relative al fatto che l'alessitimia fosse un tratto stabile di personalità, oppure uno stato transitorio secondario a un malessere psicologico associato a malattie acute o a qualche altra situazione stressante, oppure ancora una risposta adattiva alla malattia cronica<sup>30</sup>.

Il problema relativo al fatto se l'alessitimia possa essere considerata come tratto o stato deve in primo luogo essere necessariamente ricondotto all'interno del modello eziologico di riferimento. Nella concettualizzazione originaria di Nemiah<sup>31,32</sup> l'alessitimia, anche se in assenza, allora, di conferme sperimentali, veniva posta in relazione probabilmente a un deficit neurofisiologico, caratterizzato da una scarsa integrazione tra il sistema limbico, sede anatomica delle emozioni, e la neocorteccia, luogo in cui avviene l'elaborazione cognitiva. Questa schizofisiologia tra sistema limbico e neocorteccia<sup>33</sup> faceva sì che le emozioni, anziché essere rappresentate da pensieri, fantasie e sensazioni consapevoli, trovassero espressione solo in un'attività viscerale. In quest'ottica, in cui

TABELLA I. — *Quadro clinico presentato dal paziente alessitimico.*

Caratteristiche cliniche	Descrizione
Disturbi della sfera cognitiva	I disturbi della sfera cognitiva sono caratterizzati dal "pensiero operatorio", dall'inibizione della fantasia e dalla povertà dell'attività onirica. Il dialogo tende a essere privo di intensità emotiva, mancando i riferimenti a vissuti interiori, desideri, paure e sentimenti. I soggetti alessitimici tendono a descrivere gli eventi con dovizia di particolari, tuttavia, la comunicazione risulta "piatta", carente di fantasia e immaginazione. La realtà viene riprodotta fedelmente e il paziente appare più un testimone della propria vita che il protagonista.
Disturbi della sfera affettiva	Gli individui alessitimici mostrano una notevole difficoltà nel riconoscere ed esprimere i propri sentimenti e nel discriminare tra stati emotivi e sensazioni corporee.
Alterata interazione con l'ambiente	Pur godendo di un ottimo adattamento sociale e di un notevole conformismo, le relazioni dei soggetti alessitimici sono caratterizzate da una marcata dipendenza o preferenza per la solitudine e l'evitare le persone. Inoltre, gli altri vengono percepiti come simili a se stessi (duplicazione proiettiva), secondo un modello stereotipato e privo di tratti personali. Essi conducono un'esistenza da automi, vivendo in modo meccanico, come se seguissero un manuale di istruzioni.
Alterazioni dell'espressività corporea	La rigidità posturale e la mancanza di movimenti espressivi del volto, tipica dei soggetti alessitimici, testimoniano un ridotto funzionamento emotivo e una carente vita psichica interna <sup>16</sup> .

comunque Nemiah cerca di far convergere riflessioni provenienti dal modello psicoanalitico, in cui particolare attenzione viene rivolta alle precoci carenze nella relazione madre-bambino, l'alessitimia viene definita come "primaria", antecedente lo sviluppo di patologie a ricaduta somatica. Nel 1993, Sifneos rivaluta questa ipotesi contrapponendo all'alessitimia primaria, riconducibile appunto ad un deficit neurobiologico, il concetto di alessitimia "secondaria o pseudoalessitimia", riconducibile invece a un arresto dello sviluppo, a un grave trauma psicologico avvenuto nell'infanzia o più tardi, a fattori socioculturali o psicodinamici<sup>34</sup>. In questo senso la differenziazione tra alessitimia primaria e secondaria sembrerebbe venir posta sulla base dell'origine, neurobiologica o psicologica, riproponendo però una scissione epistemologica tra il corpo e la mente, tra il biologico e lo psichico, oggi non più condivisibile.

Freyberger<sup>35</sup> invece aveva parlato di alessitimia secondaria con specifico riferimento a quella restrizione della capacità di espressione emotiva e dell'attività immaginativa successiva alla cronicizzazione di malattie somatiche. Qui l'alessitimia sembra dunque essere concettualizzata come una strategia difensiva basata su meccanismi primitivi quali quello del diniego, della proiezione, cui il soggetto ricorrerebbe per "fronteggiare" un'esperienza traumatica come quella di una malattia grave, cronica e curata attraverso terapie mediche invasive (ad esempio, la dialisi).

La differenziazione oggi tra alessitimia primaria e alessitimia secondaria si basa più su quest'ultima teorizzazione di Freyberger, per cui l'attribuzione di aggettivi primaria e secondaria sembra dipendere apparentemente dalla relazione di causalità cronologica tra la comparsa di una difficoltà nell'espressione emotiva e nella capacità di contatto con il proprio mondo interno e la malattia somatica. In realtà il legame causalistico del "prima o dopo" la malattia somatica rimanda a problemi inerenti la natura stessa dell'alessitimia e le riflessioni intorno alla sua eziopatogenesi.

Interrogarsi sulle questioni relative al-

l'alessitimia come tratto o stato significa fondamentalmente riguardare al funzionamento mentale del soggetto alessitimico intendendolo, nel primo caso, come strutturalmente deficitario nella capacità di sentire, elaborare ed esprimere le emozioni, o come, nel secondo caso, caratterizzato solo a certe condizioni e di fronte a situazioni emotive interne e/o esterne eccessivamente cariche, dall'impossibilità di ricorrere a strategie difensive in grado di elaborare psichicamente l'esperienza emotiva, che rimarrebbe confinata, solo ed esclusivamente in un'attivazione fisiologica "abnorme".

Il problema, di non facile soluzione, rimanda dunque alle ipotesi interpretative relative al modo di concettualizzare le relazioni psiche-soma in rapporto allo sviluppo e al determinarsi, a certe condizioni, di malattie organiche.

Il concetto di regolazione affettiva rappresenta, nell'attuale panorama della ricerca, il luogo di incontro e confronto tra i contributi provenienti da più discipline come la psicoanalisi, la psichiatria biologica, la psicologia dello sviluppo, la neurobiologia e altre scienze che per tradizione venivano considerate appartenenti ad ambiti disciplinari distinti. Ipotesi relative a influenze socioculturali, deficit neurobiologici o a variazioni nell'organizzazione cerebrale, trovano il loro completamento all'interno dei modelli psicoanalitici che hanno messo soprattutto in evidenza il ruolo delle vicissitudini delle fasi precoci dello sviluppo nel processo di regolazione degli affetti.

### Misure dell'alessitimia

Negli ultimi due decenni sono stati sviluppati diversi strumenti per valutare l'alessitimia ed attualmente gli strumenti disponibili includono scale self-report, questionari observer-rated, interviste strutturate e test proiettivi<sup>36-38</sup>, ognuno dei quali presenta limiti o opportunità sulla base delle caratteristiche psicometriche. L'utilizzo delle tecniche proiettive per la valutazione delle caratteristiche alessitimiche è stato inaugurato da Ruesch<sup>39, 40</sup>, che, in relazione alla formula-

zione della "personalità infantile", aveva osservato, in risposta al test di Rorschach e al Tematic Apperception Test di Murray, una presenza in questi pazienti solo di "fantasie primitive, prive di immaginazione, stereotipate. Purtroppo però per la natura metodologica, qualitativamente bassa, degli studi condotti e per il bias relativo all'influenza dell'esaminatore e della natura soggettiva dell'interpretazione, non abbiamo conferme sufficienti a ritenere queste tecniche adeguate alla misurazione del costrutto. Tuttavia, alcuni elementi possono essere rilevati.

A partire dagli anni '50-'60, l'orientamento proposto dalla scuola di Parigi che ha elaborato una teoria del funzionamento mentale, presente nei disturbi psicosomatici, definita come "pensiero operatorio", ha stimolato molti ricercatori a ricercare, nei test di Rorschach, elementi di conferma o di indagine su tale funzionamento mentale differenziandolo dai quadri nevrotici e psicotici<sup>41</sup>. Beck<sup>42</sup> ha opportunamente sostenuto la possibilità di una differenziazione del protocollo Rorschach "psicosomatico" a partire da quello "isterico". Tale protocollo sarebbe, dunque, caratterizzato da: un aumento di F+%, quale testimonianza della barriera operata dal pensiero nei confronti dell'intrusione dell'immaginario; una riduzione del numero delle risposte, come indice di una debolezza della produzione, del volume immaginativo; una riduzione o assenza delle risposte K, quale indice di scarso o assente collegamento con la vita interiore, scarsità o assenza di empatia; un'elevata presenza di risposte banali, un'assenza di risposte complessuali, una predominanza nell'ambito delle risposte Colore, di risposte CF e di choc colore, particolarmente di choc al rosso, tutti indici di un'intensa reattività; e, infine, un aumento delle risposte anatomiche e di risposte chiaroscuro (ibidem). Timsit<sup>43</sup>, accettando l'ipotesi di questo protocollo, confrontò le risposte dei pazienti affetti da disturbi psicosomatici con un gruppo di controllo e, se da una parte ottenne una serie di protocolli che confermavano il profilo sopra delineato, ne trovarono molti altri più "ricchi di senso" e più assimilabili ai quadri nevrotici

o borderline nello stesso gruppo di studio così come trovarono profili "psicosomatici" nel gruppo di controllo, cioè nel gruppo di soggetti senza storia di affezioni psicosomatiche. Quello che allora poteva sembrare un limite alla ricerca, in realtà (cambiando vertice di osservazione, e concentrandosi non tanto sull'idea che esistano malattie che sono psicosomatiche ed altre che non lo sono, quanto piuttosto sul funzionamento mentale di tipo psicosomatico/alessitimico che la ricerca ha mostrato associato a diversi disturbi non solo di natura somatica, ma anche psichica e comportamentale), diviene un patrimonio molto prezioso per la individuazione di indici Rorschach per la valutazione dell'alessitimia.

Secondo il Comprehensive System di Exner, per esempio, alcuni indici del test di Rorschach possono essere utilizzati per delineare il profilo di un funzionamento mentale di tipo alessitimico come la bassa produttività di risposte (R) e le basse percezioni di movimento umano (M) intesi come indici di un impoverimento della capacità di fantasia e di contatto con la propria vita interiore; la ridotta risposta affettiva (soma C) e uso inadeguato del colore (basso FC) intesi come indici di una riduzione della risposta affettiva e dell'integrazione adattiva degli affetti; la concretezza di cognizione (basse mescolanze) e le stereotipie (alto Lamda) intesi come indici di uno stile cognitivo ristretto e concreto e, infine, un deficit di risorse ideative ed affettive (basso EA) inteso come indice della limitatezza delle risorse adattive<sup>14</sup>.

Nelle ricerche, in risposta alle schede TAT, i soggetti alessitimici hanno mostrato una gamma significativamente meno ampia di parole relative agli affetti, rispetto ai soggetti non-alessitimici (ibidem).

Il SAT9<sup>44-46</sup> è una tecnica di disegno proiettiva che valuta la funzione simbolica di un individuo e la sua capacità di creare fantasie. Consiste nella somministrazione di 9 stimoli simbolici (una cascata, una spada, un rifugio, un mostro divoratore di uomini, qualcosa di ciclico che gira e avanza, un personaggio, l'acqua, un animale, il fuoco) con i quali il soggetto deve costruire un di-



segno ed elaborare una storia con modalità narrative. Quando c'è un deficit della funzione simbolica il soggetto è incapace di creare un mito: all'aumentare dell'alessitimia, i disegni, sia nella forma che nel contenuto perdono di sottigliezza, originalità e coesione. Solo pochi studi hanno cercato di valutare le proprietà psicometriche del SAT9 nei quali tale strumento si è rivelato idoneo alla valutazione delle funzioni simboliche e all'individuazione dei soggetti alessitimici<sup>29</sup>. Resta da chiarire, però, se si possa considerare una misura diretta del costruito o, come sembra, una efficace misura della capacità di simbolizzazione e di creatività.

Tra le interviste semistrutturate, la più famosa è la Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) proposta da P. Sifneos<sup>25, 47</sup> che però non incontra un parere concorde tra gli esperti, poiché sembrerebbe eccessivamente dipendente dalle caratteristiche di personalità e dall'esperienza dell'esaminatore. Altri strumenti con caratteristiche simili sono l'Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ) di Kristal *et al.*<sup>48</sup>, intervista semistrutturata a 17 item e il Level of Emotional Awareness Scale (LEAS) di Lane *et al.*<sup>49</sup>, strumento composto da 20 situazioni relazionali elaborate allo scopo di suscitare un'emozione di base, quale la rabbia, la paura, la gioia, la tristezza, a 5 livelli crescenti di complessità.

Esiste poi una vasta gamma di strumenti self-report come la Shalling-Sifneos Personality Scale (SSPS) di Apfel e Sifneos del 1979<sup>25</sup> e la successiva forma rivista, la SSPS-Revised del 1986<sup>50</sup>, l'Observer Alexithymia Scale (AOS) di Haviland *et al.* del 2000<sup>51</sup>, o la Bermont-Vorst Alexithymia Questionnaire di Vorst e Bermont del 2001<sup>52</sup>, ma il self-report più ampiamente e frequentemente usato per valutare l'alessitimia è la Toronto Alexithymia Scale, nella sua forma a 20 item (TAS-20)<sup>17, 18</sup>, che è stata tradotta in molte lingue e validata in diversi gruppi culturali<sup>53, 54</sup>, mostrandosi come determinante per l'evoluzione del costruito. La TAS-20 valuta la presenza di caratteristiche alessitimiche attraverso 3 fattori: difficoltà a distinguere tra sentimenti e sensazioni cor-

poree; difficoltà a descrivere i sentimenti; pensiero orientato all'esterno, fornendo un punteggio totale di alessitimia e tre punteggi parziali connessi ai fattori considerati.

Grazie infatti all'utilizzo della TAS-20, considerata univocamente dai ricercatori come una misura valida ed affidabile, è stato possibile uniformare e sistematizzare la raccolta dei dati. Ciò ha consentito sia il confronto che la generalizzazione dei risultati soprattutto sui soggetti adulti.

Un limite fondamentale alla possibilità di approfondire lo studio dell'alessitimia è rappresentato dalla mancanza di strumenti psicometrici per la valutazione del costruito in età evolutiva, limite che da una parte stupisce vista la mole di studi che sottolineano la centralità delle maturazione emotiva nello sviluppo normale di una persona e la centralità che la sua evoluzione occupa in rapporto al rischio di sviluppo di quadri psicopatologici specifici; dall'altra, va ribadito che non è semplice per la ricerca la costruzione di strumenti in grado di cogliere il movimento evolutivo nella capacità di elaborazione emotiva da una fascia di età ad un'altra. Esistono, però, recenti studi preliminari che esaminano la struttura fattoriale e la validità della TAS-20 su bambini/preadolescenti e adolescenti.

Nel primo caso<sup>55</sup> si tratta di uno studio olandese realizzato su 740 bambini, divisi in due gruppi, con età media, rispettivamente, di 11 anni e 2 mesi il primo e 13 anni e 7 mesi il secondo, in cui è stata utilizzata una versione della TAS-20 adattata, in accordo con gli autori originali della TAS-20, per i bambini olandesi. Scopo dello studio era proprio quello di verificare la stabilità della struttura a 3 fattori della TAS-20 anche nei bambini e di verificare l'esistenza di una correlazione negativa tra alessitimia e stati affettivi positivi e una correlazione positiva tra alessitimia e stati affettivi negativi e tra alessitimia e problemi di salute. In linea con gli studi condotti sugli adulti, anche in questo studio si conferma la struttura a 3 fattori dello strumento e i risultati suggeriscono che anche nei bambini (preadolescenti) possono essere identificate le caratteristiche principali dell'alessitimia: infatti i primi due

fattori (difficoltà a distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee; Difficoltà a descrivere i sentimenti) mostrano buone qualità psicometriche e correlano positivamente con gli stati affettivi negativi e si mostrano in grado di poter predire i problemi somatici, nel senso che all'aumentare dei punteggi alla TAS-20, aumenta il numero dei problemi di salute riportati dai bambini. Tuttavia gli Autori raccomandano una certa cautela poiché il terzo fattore, Pensiero orientato all'esterno, mostra una bassa affidabilità e validità e non mostra di avere un potere predittivo per i problemi di salute.

A partire da questi primi dati, Di Trani *et al.*<sup>56</sup> replicano il lavoro degli autori olandesi, sviluppando una versione italiana del Questionario per l'Alessitimia in Età Evolutiva, per cercare di testarne la struttura fattoriale e l'attendibilità. Lo studio condotto su un campione di 576 bambini di età compresa tra gli 8 e i 14 anni ( $m=10,78$ ,  $DS=1,67$ ), ambo sessi e successivamente divisi in due gruppi, bambini di 8-10 anni e preadolescenti di 11-14 anni), propone una soluzione a quattro fattori alternativa a quella classica a tre proposta da Riefke *et al.*<sup>55</sup>; i tre fattori vengono mantenuti ma ne emerge un altro che gli autori denominano confusione sulle sensazioni fisiche, per porre l'attenzione sugli aspetti corporei dell'esperienza emotiva. Gli autori provano a ipotizzare che in questa fascia di età appaia particolarmente importante la considerazione delle percezioni corporee nella definizione di contatto con le emozioni<sup>56</sup>. Per quanto riguarda le differenze di genere, anche in questo studio non emergono differenze significative tra maschi e femmine, mentre emerge una differenza interessante tra i due gruppi di età differente: i bambini di età compresa tra gli 8 e i 10 anni presentano punteggi mediamente più alti dei bambini di età compresa tra gli 11 e i 14: questi dati sembrano confermare la presenza di un percorso di sviluppo non ancora completamente realizzato.

In Italia, inoltre, La Ferlita *et al.*<sup>57</sup> hanno proposto uno studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di adolescenti italiani. Scopo di questo studio

era effettuare una prima applicazione della TAS-20 su adolescenti e verificare l'eventuale associazione con distress psicologico, comportamento alimentare e stili di attaccamento. Anche in questo caso l'analisi fattoriale esplorativa ha confermato la stabilità dei 2 fattori della TAS-20, come nello studio precedente, e l'instabilità del terzo fattore che in questo studio risulta diviso in due fattori che gli autori denominano "Difficoltà nel contatto e nell'utilizzo delle emozioni" e "Pensiero orientato all'esterno". L'alessitimia inoltre, anche in questo caso in accordo con la letteratura su adulti, è risultata correlata positivamente con il distress psicologico, con un maggior rischio di comportamenti alimentari disturbati e con uno stile di attaccamento insicuro. In accordo con gli autori olandesi, anche gli autori italiani suggeriscono ulteriori indagini per verificare l'affidabilità del test, ponendosi l'alessitimia come un importante fattore di rischio per lo sviluppo di malattie somatiche e disturbi psicopatologici in età adolescenziale e in età adulta. Questi due studi italiani sembrano confermare che la capacità di regolazione emotiva si espliciti, in età evolutiva, attraverso componenti relativamente diverse da quelle osservate negli adulti. Sebbene gli aspetti legati al contatto e all'espressione delle emozioni sembri rimanere alla base del costrutto dell'alessitimia, le analisi su campioni di età diverse mostra la presenza di altre componenti specifiche<sup>56</sup>, relative al movimento evolutivo dello sviluppo affettivo. Come molti ricercatori hanno notato, esiste tuttavia una potenziale limitazione all'utilizzo della TAS-20 poiché, trattandosi di un self report, è possibile che gli intervistati

con elevati livelli di alessitimia non siano in grado di valutare con precisione la loro capacità di identificare e descrivere i propri sentimenti<sup>36, 58</sup>. Questo rappresenterebbe un aspetto quasi paradossale poiché si richiede, ad un soggetto che si presume non abbia una capacità di introspezione psicologica e una capacità di comunicazione emotiva, di riflettere sul proprio funzionamento mentale e provare a descriverlo rispondendo agli item<sup>59</sup>. Altre limitazioni sono relati-

ve ad una sovrapposizione con altre misure self-report di affetti negativi e l'assenza di elementi per la valutazione dell'attività di fantasia (gli item di questi self report forniscono un bias poiché associati a risposte socialmente desiderabili) <sup>17, 60, 61</sup>. Come sottolineano Caretti *et al.* <sup>62</sup> poiché tutti i metodi di valutazione dei costrutti psicologici presentano alcune lacune, sarebbe indicato utilizzare un approccio multimetodo di misurazione allo scopo di controllare eventuali artefatti di misurazione e di aumentare la validità dei risultati della ricerca <sup>63</sup>. Lungo questa direzione Taylor e Bagby <sup>64</sup>, Taylor *et al.* <sup>65</sup> hanno a lungo consigliato di utilizzare un approccio multimetodo per la valutazione dell'alessitimia. Dato che il costrutto è stato formulato in origine sulla base delle osservazioni fatte durante i colloqui clinici, Bagby *et al.* <sup>66</sup> hanno sviluppato un metodo per misurare questo costrutto basato su un'intervista clinica, la Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), che ha mostrato buone qualità psicometriche.

La Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA), la cui validazione Italiana è stata realizzata da un gruppo di ricercatori dell'Università di Palermo, Bari e Roma <sup>67</sup> è progettata per valutare le quattro dimensioni salienti del costrutto di alessitimia in modo sistematico e complessivo. Si compone di 24 item (domande), con sei item per valutare ognuna delle quattro dimensioni: 1) difficoltà nell'identificare i sentimenti (DIF), 2) difficoltà nel descrivere i sentimenti ad altri (DDF), 3) pensiero orientato all'esterno (EOT), e 4) fantasia e altri processi immaginativi (IP) <sup>66</sup>. Sulla base delle risposte, il soggetto è invitato a fornire un ricordo o un episodio della propria vita esemplificativo di quanto ha affermato. In questo modo si cerca di evidenziare aspetti inconsapevoli e distorsioni cognitive che non possono essere rilevate dai questionari <sup>62</sup>. Sebbene questa intervista eviti le potenziali limitazioni della TAS-20, presenta la necessità di tempi maggiori per la somministrazione e di somministratori addestrati, mentre la TAS-20 ha il vantaggio di una somministrazione rapida e poco costosa. L'uso di entrambe le misure potrebbe essere particolarmente utile

per massimizzare la probabilità di una più precisa qualificazione del funzionamento mentale alessitimico <sup>62</sup>.

Principali strumenti psicometrici utilizzati come misure dell'alessitimia:

- TECNICHE PROIETTIVE
  - *Test di Rorschach*
  - *Archetypal Test with 9 elements* di Demers-Desrosires
- INTERVISTE SEMISTRUTTURATE
  - *Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ)* di Sifneos
  - *Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ)* di Kristal, Giller e Chicchetti
  - *Level of Emotional Awareness Scale (LEAS)* di Lane e colleghi
- QUESTIONARI SELF-REPORT
  - *Shalling-Sifneos Personalità Scale (SSPS)* di Shalling e Sifneos
  - *Shalling-Sifneos Personalità Scale Revised (SSPS-R)* di Sifneos
  - *Observer Alexithymia Scale (AOS)* di Haviland, Warren e Riggs
  - *Bermont-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVQA)* di Vorst e Bermont
  - *Toronto Alexithymia Scale, nella sua forma a 20 item (TAS-20)* di Bagby *et al.*
- INTERVISTA STRUTTURATA
  - *Toronto Structured Interview for Alexithymia (TSIA)* di Bagby *et al.*

### Prospettive attuali

In associazione a quanto già detto a proposito delle caratteristiche cliniche dell'alessitimia, della sua prevalenza e degli studi volti a verificare la validità convergente e divergente rispetto ad altri costrutti di personalità, gli studi neurobiologici, come la rilevazione di evidenze di disfunzioni delle aree cerebrali prefrontali negli studi di neuroimaging, ed in particolare di un deficit del transfer interemisferico, disfunzione dell'emisfero destro o disregolazione delle aree della corteccia prefrontale <sup>68, 69</sup>, ci evidenziano come il funzionamento mentale di tipo alessitimico non indichi soggetti

senza emozioni o con inibizione difensiva della sfera emotiva, quanto piuttosto soggetti con un deficit della componente psicologica dell'affetto (quella che gli anglosassoni chiamano *feeling*). Si tratterebbe, cioè, di soggetti in cui la componente biologica dell'affetto (*emotion*) è attivata, ma questa è scarsamente associata o priva del tutto di collegamento con la loro rappresentazione simbolica (*feeling*), riuscendo quindi ad esprimere le emozioni solo attraverso l'attivazione fisiologica, ma non con immagini, pensieri e parole.

Uno dei modelli teorici attualmente in grado di fornire una comprensione dei meccanismi in base ai quali le *emotion* non vengono processate cognitivamente in *feeling* è la Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci<sup>70</sup>, importante riferimento teorico poiché capace di integrare le conoscenze provenienti dalla psicoanalisi con quelle delle scienze cognitive e delle neuroscienze. Secondo la Bucci<sup>71</sup> esistono due principali sottosistemi di funzionamento psichico: il sub-simbolico ed il simbolico. Il simbolico è ulteriormente suddiviso in una forma verbale, come le parole ed il linguaggio, ed una forma non-verbale, nota come attività immaginativa che nella maggior parte delle persone può essere rappresentata nella modalità visiva, pur potendosi esprimere in ogni modalità sensoriale (si pensi per es., ai non udenti o ai non vedenti). L'elaborazione subsimbolica delle informazioni, che può essere descritta come continua o analogica, riguarda tutti quegli stimoli non verbali (emozioni, stimoli motori, sensoriali) che si svolgono a livello motorio, viscerale e sensoriale ed in tutte le modalità sensoriali. Riconoscere un'espressione facciale nel volto altrui, o una voce familiare nella confusione di una festa, o arrivare di testa su un cross nel modo giusto e nei tempi giusti pensando al calcio, o al timing dell'interpretazione nel contesto psicoanalitico, queste sono tutte attività processate in parallelo dal sottosistema sub-simbolico. L'elaborazione simbolica non verbale riguarda invece quelle immagini mentali distinte (un volto, una musica, un ricordo) che, pur presenti alla coscienza, non possono essere tradotte

in parole. L'elaborazione simbolica verbale riguarda invece la possibilità di elaborare e comunicare a parole il proprio mondo interno agli altri. Nel modello della Bucci questi tre sistemi sono governati da principi differenti ma sono anche connessi. Una forma di disgiunzione tra i codici di elaborazione sub-simbolica e simbolica è intrinseca al funzionamento mentale ed alcuni tipi di dissociazione adattiva sono necessari alla vita emozionale sana, come per esempio quando uno scienziato è immerso nel suo pensiero creativo, o la preoccupazione materna primaria della madre nell'ultimo periodo della gravidanza e durante il primo anno di vita del bambino, o quando siamo in quello stato alterato dell'innamoramento, solo per citare alcuni esempi; tuttavia un funzionamento adattivo richiede un certo grado di integrazione e coordinazione; integrazione e coordinazione che la Bucci<sup>70</sup> definisce come processo referenziale. Abbiamo bisogno di riunire l'informazione che proviene dal nostro corpo e dalle nostre emozioni con l'informazione delle nostre esperienze passate e presenti, sia per prendere determinate decisioni in un determinato momento, sia per esprimere come ci sentiamo e comportarsi di conseguenza.

Il processo referenziale opera nella formazione di schemi emozionali e nella loro espressione e gli schemi emozionali, intesi come un tipo di schema di memoria il cui nucleo è affettivo (cioè fatto di rappresentazioni somatiche, sensoriali, motorie), sono la rappresentazione strutturale di questa integrazione. Lo schema emozionale così come inteso dalla Bucci si collega a molti concetti fondamentali come quello di rappresentazioni oggettuali interiorizzate, modelli operativi interni<sup>72</sup>, rappresentazioni d'interazione generalizzate<sup>73</sup> o a ciò che gli analisti relazionali definiscono come "stati del Sé". L'alessitimia corrisponderebbe allora alla mancanza di connessioni referenziali tra l'attività sub-simbolica e quella simbolica verbale, per arresto di sviluppo (deficit) o per disconnessione (trauma). Nel funzionamento mentale alessitimico pertanto le emozioni restano collegate in modo debole alla modalità simbolica, sia verbale (parole)

che non verbale (immagini) o non collegate (dissociate) e vissute principalmente come sensazioni somatiche, percezioni indifferenziate, acting disregolati.

## Bibliografia

1. Porcelli P. Medicina psicosomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi e trattamento, Milano: Raffaello Cortina; 2009.
2. Epifanio MS, Parello MR, Sarno L. Cancro e disregolazione affettiva: uno studio empirico su un gruppo di donne affette da neoplasia mammaria. In: Caretti V, La Barbera D, a cura di. Alessitimia. Valutazione ed intervento. Roma: Astrolabio; 2005.
3. Epifanio MS, Raso MI, Sarno L. Disregolazione affettiva, qualità degli stili di attaccamento e malattie somatiche: uno studio su campioni indipendenti. In: Caretti V, La Barbera D, a cura di. Alessitimia. Valutazione ed intervento. Roma: Astrolabio; 2005.
4. Maniaci G, Epifanio MS, Marino MA, Amoroso S. The presence of alexithymia investigated by the TES-20 in chronic urticaria patients: a preliminary report. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006;38:15-9.
5. Epifanio MS, Genna V, Di Marco S, Furnari ML, Pardo F, Collura M *et al.* Quality of life, affect regulation and resilience in adult patients with cystic fibrosis. *Gazzetta Medica Italiana, Arch Sci Med* 2013;172:705-11.
6. La Grutta S, Di Blasi M, La Barbera D, Alabastro V, Alfano P, Guttilla G *et al.* Meccanismi di difesa in un gruppo di persone con obesità - Defensive strategies in a big obese group. *Minerva Psichiatrica* 2013;54:239-46.
7. Parisi L, Di Filippo T, La Grutta S, Lo Baido R, Epifanio MS, Esposito M *et al.* Sturge Weber syndrome: a report of 14 cases. *Mental Illness* 2013;5:7:26-8.
8. Caretti V, La Barbera D, a cura di. Alessitimia. Valutazione ed intervento. Roma: Astrolabio; 2005.
9. Todarello O, Casamassima A, Daniele S, Marinaccio M, Fanciullo F, Valentino L *et al.* Alexithymia immunity and cervical intraepithelial neoplasia: Recplication. *Psychotherapy and psychosomatics* 1997;66:208-13.
10. Todarello O, Casamassima A, Marinaccio M, La Pesa MW, Caradonna L, Valentino L *et al.* Alexithymia immunity and cervical intraepithelial neoplasia: a pilot study. *Psychotherapy and psychosomatics* 1994;61:199-204.
11. Carta MG, Orrù W, Hardoy MC, Carpinello B. Alexithymia and early diagnosis of uterine carcinoma: results of a case-control study (letter). *Psychotherapy and psychosomatics* 2000;69:339-40.
12. Dewaraja R, Tanigawa T, Araki S, Nakata A, Kawamura N, Ago Y, Sasaki Y. Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics* 1997;66:83-6.
13. Corcos M, Guilbaud O, Paterniti S, Curt F, Hjalmarsson L, Moussa M *et al.* Correlation between serum levels of interleukin-4 and alexithymia scores in healthy female subjects: preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology* 2004;29:557-62.
14. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Roma: Fioriti ed.; 2000.
15. Marty P, De M'Uzan M. "La «pensée opératoire»". *Revue Française de Psychoanalyse* 1963;27(Suppl.):1345-56.
16. Taylor GJ. Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea. Roma: Astrolabio ed.; 1993.
17. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:23-32.
18. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research* 1994;38:33-40.
19. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;55:269-75.
20. Solano L. Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute. Milano: Raffaello Cortina ed.; 2001.
21. Jones JM. Affects as process: an inquiry into the centrality of affect in psychological life. Hillsdale, NJ: Analytic Press; 1995.
22. Merciai SA, Cannella B. La psicoanalisi nelle terre di confine. Tra psiche e cervello. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2009.
23. Speranza M. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, a cura di. I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche. Roma: Fioriti ed.; 1997.
24. Nemiah JC, Sifneos PE. Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill O, a cura di. Modern trends in psychosomatic medicine. Vol. II. London: Butterworths; 1970. p. 26-34.
25. Apfel RJ, Sifneos PE. Alexithymia: concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1979;32:180-90.
26. McDougall J. Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici. Milano: Cortina ed.; 1997.
27. Nemiah JC. Alexithymia and psychosomatic illness. *Journal Continuing Education in Psychiatry* 1978;39:25-37.
28. Krystal H. Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 1979;33:17-31.
29. Cantelmi T, Sarto A. Alexitimia. Gli alfabeti delle emozioni. *Psicologia Contemporanea* 1999;154:40-8.
30. Ahrens S, Deffner G. Empirical study of alexithymia: methodology and results. *American Journal of Psychotherapy* 1986;40:430-47.
31. Nemiah, J. C., (1975), "Denial revisited: reflections on psychosomatic theory", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, pp. 140-147.
32. Nemiah JC. Alexithymia. Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1977;28:199-206.
33. MacLean PD. The triune brain in conflict. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1977;28:207-20.
34. Sifneos P. Deficit affettivo e alessitimia. Atti del XIII Congresso della Società Italiana di Medicina Psicosomatica. Firenze: Prun; 1993.
35. Freyberger H. Supportive psychotherapeutic techniques in primari and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom* 1977;28:180-90.
36. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *J Pers Assess* 2007;89:230-46.
37. Porcelli P, Mihura JL. Assessment of alexithymia with the Rorschach Comprehensive System: the Rorschach Alexithymia Scale (RAS). *J Pers Assess* 2010;92:128-36.
38. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures. In: Bar-On R, Parker JDA, editors. Handbook of emotional intelligence. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.

39. Ruesch J. The infantile personality. *Psychosomatic Medicine* 1948;10:134-44.
40. Ruesch J. *Disturbed communication: the clinical assessment of normal and pathological communicative behavior*. New York: Norton; 1957.
41. Fabbri C. L'evoluzione del Rorschach nella ricerca psicosomatica. *Medicina Psicosomatica* 1987;32:207-20.
42. Beck SJ. *Le test de Rorschach*. Paris: P.U.F.; 1968.
43. Timsit M. Distorsiones de Réponses Kinesthesiques au test de Rorschach et manifestations repressives en psychosomatiques. *Personalità e Psicosomatica* 1985.
44. Demers-Desrosiers LA. Influence of alexithymia on symbolic function. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1982;38:103-20.
45. Demers-Desrosiers LA. Empirical journey into the measurement of symbolic function as a dimension of alexithymia, on symbolic function. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1985;44:65-71.
46. Cohen KR, Demers-Desrosiers LA, Catchlove RFH. The SAT9: a quantitative scoring system for the AT9 test as a measure of symbolic function central to alexithymic presentation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1983;39:77-88.
47. Sifneos PE. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973;22:255-62.
48. Kristal JH, Giller EL, Cicchetti DV. Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine* 1986;48:84-94.
49. Lane PJ, Quinlan DM, Schwartz GE, Walker PA, Zeitlin SB. The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *J Pers Assess* 1990;55:124-34.
50. Sifneos P. The Shalling-Sifneos Personality Scale Revised. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1986;45:161-5.
51. Haviland MG, Warren WL, Riggs ML. An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics* 2000;41:385-92.
52. Vorst HCM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers Individ Dif* 2001;30:413-34.
53. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research* 2003;55:277-83.
54. Zhu X, Yi J, Yao S, Ryder AG, Taylor GJ, Bagby RM. Cross-cultural validation of a Chinese translation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry* 2007;48:489-96.
55. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. An Alexithymia Questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences* 2006;40:123-33.
56. Di Trani M, Tomassetti N, Bonadies M, Capozzi F, De Gennaro L, Presaghi F *et al*. Un questionario italiano per l'alestitimia in età evolutiva: struttura fattoriale e attendibilità. *Psicologia della salute* 2009;2:131-43.
57. La Ferlita V, Bonadies M, Solano L, De Gennaro L, Gonini P. Alessitimia e adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani. *Infanzia e adolescenza* 2007;6:131-44.
58. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Sociodemographic correlates of alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1998;39:377-85.
59. Codisposti M, Codisposti O. L'operationalizzazione del costrutto «Alessitimia». *Rassegna critica della letteratura. Giornale Italiano di Psicologia* 1996;4:547-69.
60. Leising D, Grande T, Faber R. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): a measure of general psychological di stress. *Journal of Research in Personalità* 2009;43:707-10.
61. Lumley MA. Alexithymia and negative emotional conditions. *J Psychosom Res* 2000;49:51-4.
62. Caretti V, Porcelli P, Solano L, Schimmenti A, Bagby RM, Taylor GJ. Reliability and validity of the Toronto Structured Interview for Alexithymia in a mixed clinical and nonclinical sample from Italy. *Psychiatry Research* 2011;187:432-6.
63. Eid M, Diener E. *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
64. Taylor GJ, Bagby RM. New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2004;73:68-77.
65. Taylor GJ, Bagby RM, Luminet O. Assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures. In: Bar-On R, Parker JDA, editors. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.
66. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Dickens SE. The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2006;75:25-39.
67. Baldoni F. *La prospettiva psicosomatica*. Bologna: Il Mulino; 2010.
68. Tabibnia G, Zaidel E. Alexithymia, interhemispheric transfer, and right hemispheric specialization: A critical review. *Psychotherapy and psychosomatics* 2005;74:81-94.
69. Bermond B, Vorst HCM, Moormann PP. The cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications of personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry* 2006;11:332-60.
70. Bucci W. *Psicoanalisi e Scienze cognitive. Una teoria del codice multiplo*. Roma: Fioriti; 1999.
71. Bucci W. Lo spettro dei disturbi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica. In Moccia G, Solano L, a cura di. *Psicoanalisi e neuroscienze. Risonanze interdisciplinari*. Milano: Franco Angeli; 2009.
72. Bowlby J. *Attaccamento e perdita*. Vol. 1. Torino: Boringhieri; 1989.
73. Stern DN. *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri; 1987.

*Conflitti di interesse.* — Gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse con nessuna ditta legata al contenuto del manoscritto.

Pervenuto il 29 luglio 2014.

Accettato il 1 agosto 2014.