

Piero Porcelli¹

Lo stato dell'arte della ricerca sull'alexithymia

(V Congresso Nazionale GRP, Foligno 10-11 ottobre 2008)

Definizione del costrutto

Il costrutto di alexithymia (letteralmente, “mancanza di parole per le emozioni”) ha oltre 30 anni di storia, essendo stato sviluppato dai ricercatori Peter Sifneos e John Nemiah nella prima metà degli anni '70 ed avendo avuto la “consacrazione” ufficiale alla XI *European Conference on Psychosomatic Research* di Heidelberg nel 1976. L'alexithymia non è una categoria nosografica ma una dimensione di personalità caratterizzata da 2 fattori sovraordinati di *deficit della consapevolezza emozionale* (difficoltà di identificare e descrivere le emozioni e difficoltà di differenziare gli affetti dalle componenti somatiche dell'eccitazione autonoma) e *pensiero operatorio* (riduzione dei processi immaginativi e stile cognitivo orientato verso la realtà esterna). Un'altra caratteristica associata all'alexithymia è il *conformismo sociale* (rigida aderenza alle regole sociali e mancanza di coinvolgimento empatico) ma secondo alcuni autori si tratterebbe di una conseguenza degli aspetti psicologici dell'alexithymia più che di una caratteristica primaria (Taylor et al, 1997).

Nel corso degli anni è sempre stato vivo il dibattito sulla natura dell'alexithymia. Secondo alcuni l'alexithymia è un tratto di personalità (alexithymia primaria) di origine probabilmente evolutiva, come dimostrato da studi empirici che evidenziano la stabilità del costrutto indipendentemente da altri fattori come severità dei sintomi somatici, attività clinica di malattie croniche, stress situazionale, depressione, disagio psicologico, stress post-chirurgico. Altri autori ritengono invece che si tratti di uno stato reattivo a particolari situazioni fisiche e/o psicologiche (alexithymia secondaria), come evidenziato da studi su sopravvissuti all'Olocausto e soggetti con PTSD, trauma cranico, ustioni gravi, vittime di abuso, malattia grave e depressione maggiore (Lumley et al, 2007). Di recente, è stata proposta anche la divisione in alexithymia di tipo I (scarsa consapevolezza emotiva e scarsa espressione emotiva) e di tipo II (normale consapevolezza emotiva e scarsa espressione emotiva). A livello epidemiologico, studi recenti hanno mostrato che la prevalenza di alexithymia nella popolazione generale è attorno al 17% ed è legata a sesso maschile, età avanzata, stato civile (singoli o vedovi), basso livello di istruzione, basso livello socio-economico e disoccupazione (Joukamaa & Mattila, 2006).

¹ Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia, IRCCS Ospedale De Bellis, Castellana Grotte (Bari) – Tel 080 4994685 – Fax 080 4994340 – Email: porcellip@media.it

Cambiamenti di paradigma

Rispetto ai primi anni di evoluzione del costrutto, l'idea di cosa sia l'alexithymia è abbastanza cambiata in seguito alle ricerche soprattutto degli ultimi 2 decenni, pur restando fermo il nucleo teorico fondamentale. I principali cambiamenti sono risultati essere i seguenti (Porcelli, 2005):

- Il modello concettuale di riferimento era costituito all'inizio dalla difficoltà di *comunicazione* delle emozioni, soprattutto in confronto ai pazienti psiconevrotici. Oggi il modello concettuale di riferimento è costituito dalla *teoria delle emozioni*, e in particolare l'enfasi viene posta sulla difficoltà di *elaborazione cognitiva degli affetti*;
- Agli inizi l'alexithymia è stata strettamente associata alle patologie cosiddette psicosomatiche, tanto da diventarne quasi un sinonimo. Oggi si ritiene invece che essa costituisca un fattore specifico di vulnerabilità per una pluralità di patologie sia mediche che psichiatriche caratterizzate da un unico denominatore di *disturbo della regolazione affettiva*;
- In origine la valutazione dell'alexithymia è stata effettuata con una serie eterogenea di strumenti di misurazione che tuttavia nel corso degli anni hanno evidenziato sostanziali difetti psicometrici di affidabilità e validità. Oggi esiste un consensus quasi unanime verso la Toronto Alexithymia Scale (soprattutto nella versione a 20 items, la TAS-20) grazie alla quale è stato accumulato un ragguardevole corpus di conoscenze scientifiche (Caretto & La Barbera, 2005);
- Infine, l'alexithymia è stata considerata per anni come una categoria discreta al pari di una sindrome psicopatologica, come la depressione. Oggi il costrutto indica una dimensione di personalità, per cui non ci sono soggetti alessitimici o non-alessitimici ma soggetti con livelli di gravità diversa delle caratteristiche alessitimiche.

Origini dell'alexithymia: neurobiologia e attaccamento

Per comprendere il nucleo basilare del costrutto di alexithymia, è fondamentale comprendere la distinzione concettuale fra *emotions* (lett. emozioni) e *feelings* (lett. sentimenti), due termini di lingua inglese difficilmente traducibili in italiano senza perdere la complessità dei rispettivi significati. Le *emotions* sono fenomeni biologici innati, geneticamente programmati, mediati dai sistemi subcorticali e limbici, funzionali alla sopravvivenza della specie e i cui indicatori sono segnali non-verbali come mimica facciale, gestualità, postura corporea e tono vocale. I *feelings* sono invece fenomeni psicologici individuali molto più complessi poiché implicano l'elaborazione cognitiva ed il vissuto soggettivo mediato dalle funzioni neocorticali. Tale componente psicologica dell'affetto consente di valutare la risposta emotiva a stimoli esterni ed interpersonali e di comunicare intenzionalmente le emozioni mediante la funzione linguistica verbale ed extraverbale di simbolizzazione. Essi, pertanto, dipendono dalla cultura di appartenenza, dalle esperienze

infantili, dalle rappresentazioni di sé e degli altri, da ricordi, fantasie e sogni. Grazie all'apporto delle neuroscienze, le teorie più recenti, confermando le concezioni cliniche psicodinamiche, fanno seriamente ritenere che le risposte emotive (*emotions*) siano da un lato largamente indipendenti dalla cognizione e dall'altro che la consapevolezza emotiva (*feeling*) avvenga quando la risposta emotiva ad uno stimolo viene elaborata a livello neocorticale (Damasio, 1999). L'alexithymia non indica quindi individui senza emozioni (cosa impossibile) ma soggetti con un *deficit* della componente psicologica dell'affetto (*feeling*), persone le cui emozioni (*emotions*) sono espresse attraverso le componenti biologiche degli affetti ma con scarsa o nessuna possibilità di ricorrere agli strumenti psicologici (immagini, pensieri, fantasie) per la loro rappresentazione simbolica. La domanda-chiave dell'alexithymia è pertanto la seguente: in base a quale processo le *emotions* vengono rappresentate simbolicamente, in modo da poter essere vissute come *feelings*, e quindi nominate, regolate ed espresse tramite pensieri e fantasie?

Secondo un filone neurobiologico di studi, sviluppatosi di recente con l'impiego di tecniche sofisticate di *brain imaging* come PET, fMRI e stimolazione magnetica transcranica, è possibile avanzare tre ipotesi principali, secondo cui l'alexithymia è dovuta a 1) deficit del transfer interemisferico, 2) disfunzione dell'emisfero destro, o 3) disregolazione delle aree della corteccia prefrontale (Bermond et al, 2006).

Una serie di ricerche negli ultimi anni sta mettendo sempre più in evidenza il dato centrale secondo cui all'origine dell'organizzazione Alessitimica di personalità ci sia un deficit evolutivo, ossia una grave perturbazione evolutiva che ha impedito la formazione della funzione simbolica o di mentalizzazione nel bambino, non consentendo quindi la formazione di un meccanismo interno di regolazione delle emozioni che lo rende vulnerabile in modo aspecifico a soffrire di disturbi che possono essere sia psicopatologici che medici, come dimostrano i dati di prevalenza dell'alexithymia (oltre il 40%) in soggetti con PTSD, disturbo di panico, tentativi di suicidio, disturbi alimentari, somatizzazioni, ricerca di cure mediche, disturbi fisici funzionali, ecc. Un elemento che sta emergendo in modo sempre più convincente è il rapporto fra alexithymia e disturbi dell'attaccamento. Uno studio tedesco ha mostrato come il punteggio della TAS-20 della madre (ma non del padre) sia significativamente associato a quello dei soggetti di studio (Grabe et al, 2006). In un largo campione di popolazione generale finlandese composto da oltre 1000 pazienti di medicina di base, è stata trovata un'associazione significativa fra alexithymia in età adulta e abuso (emotivo, fisico e sessuale) subito nell'infanzia (Joukamaa et al, 2008). Questi due lavori suggeriscono che alla base dell'alexithymia ci possa essere una grave disfunzione (psicologica o traumatica) del legame affettivo intenso all'interno della relazione oggettuale primaria. Più direttamente, alcuni lavori (limitati purtroppo dal disegno di studio non longitudinale) hanno evidenziato associazioni

significative fra alexithymia e attaccamento insicuro (soprattutto ansioso ed evitante) in gruppi di giovani adulti (Meins et al, 2008; Montebanocci et al, 2003; Troisi et al, 2001). Più indirettamente, un recente studio tedesco ha evidenziato che l'alexithymia è significativamente associata ad uno stile interpersonale freddo, evitante e non-assertivo (Spitzer et al, 2005) ed un ampio studio epidemiologico finlandese su circa 6000 soggetti di popolazione generale ha mostrato che l'alexithymia è associata a famiglie rurali con più figli (minor tempo dei genitori da dedicare a ciascun figlio?) e gravidanza indesiderata (scarsa disponibilità emotiva materna?) (Kokkonen et al, 2001).

Alexithymia e somatizzazione

La clinica delle somatizzazioni resta ancora oggi il campo privilegiato della ricerca sull'alexithymia. Uno studio recente inglese ha valutato il rapporto fra alexithymia, attaccamento e sintomi somatici in un campione di 211 studenti universitari (Wearden et al, 2003). I ricercatori inglesi hanno trovato che l'attaccamento evitante è associato doppiamente e indipendentemente a due costrutti: da un lato è associato a numero e gravità dei sintomi somatici e del coping emozionale (fastidio, rabbia, irritazione) di malattia, e dall'altro all'alexithymia e agli affetti negativi. Si evidenzia quindi un modello complesso che lega l'attaccamento insicuro a emozioni negative non verbalizzate e non espresse ed alla percezione delle condizioni di salute.

Il ruolo dell'alexithymia è stato indagato in alcuni aspetti specifici del processo di somatizzazione come l'interazione con i processi fisiologici di attivazione autonoma, l'amplificazione somatosensoriale e la persistenza dei sintomi fisici. Per quanto riguarda il primo aspetto, numerosi studi hanno trovato che l'alexithymia è associata ad una maggiore attività del simpatico in fase tonica e di recupero. Ad esempio, in uno studio recente un gruppo di studenti ha assistito a un filmato di chirurgia dentale particolarmente evocativo e stressante ed un filmato emotivamente neutro. L'attività elettrodermica dei soggetti è risultata, come atteso, più elevata al filmato stressante ma i soggetti alessitimici hanno evidenziato un significativo aumento dell'attività elettrodermica rispetto al filmato neutro. Per quanto riguarda il secondo aspetto, sono numerosi i lavori che hanno evidenziato come l'alexithymia sia associata al numero di sintomi somatici percepiti, alla diagnosi DSM-IV di almeno un disturbo somatoforme e all'avere un disturbo di somatizzazione o *medically unexplained* (De Gucht & Heiser, 2003). Ad esempio, in pazienti HIV-positivi l'alexithymia è risultata correlata alla sintomatologia percepita ma non a misure biomediche oggettive come il conteggio delle cellule CD4 e i pazienti con dolore anginoso hanno riferito maggiore dolore toracico alla prova da sforzo se erano alessitimici e non avevano ischemia cardiaca (Lumley et al, 1997). Una conferma che l'alexithymia è associata a misure soggettive di salute

viene anche da un nostro studio recente in cui il costrutto è risultato fortemente associato alla percezione di dolore in pazienti oncologici, in particolare alla dimensione affettiva e non sensoriale del dolore (Porcelli et al, 2007b). Per quanto riguarda il terzo aspetto, uno studio ormai classico di qualche anno fa ha mostrato come l'alexithymia sia legata alla somatizzazione persistente in un periodo di 2 anni, soprattutto in pazienti con disturbo somatoforme indifferenziato rispetto ai pazienti con altri disturbi somatoformi del DSM-IV (Bach & Bach, 1995). In alcuni nostri lavori, abbiamo trovato che l'alexithymia, misurata al baseline, risulta fortemente predittiva della persistenza dei sintomi dopo 6 mesi di trattamento usuale in pazienti con disturbi funzionali del tratto gastrointestinale (Porcelli et al, 2003) e ad un anno dall'intervento chirurgico di colecistectomia in pazienti con colelitiasi (Porcelli et al, 2007a).

Da questi lavori emerge abbastanza chiaramente che l'alexithymia è legata a: 1) focalizzazione, amplificazione e misinterpretazione di sensazioni somatiche che accompagnano l'attivazione autonoma delle emozioni, percepite dal soggetto come sintomi di malattia; 2) esperienza di stati affettivi negativi indifferenziati che predispongono a disturbi della disregolazione affettiva; 3) aumento delle risposte neuro-endocrine e status immunitario (Todarello et al, 1997; Corcos et al, 2004) indebolito che predispongono alla somatizzazione e/o a malattie mediche.

Alexithymia e trattamento

Fin dalle prime osservazioni cliniche negli anni '70, è stato subito evidenziato che il trattamento con diverse forme di terapia psicodinamica dava risultati molto negativi in termini di efficacia o anche di miglioramento dei sintomi. I pazienti alessitimici mostravano infatti disturbi proprio negli aspetti-chiave della psicoterapia, come capacità di introspezione, comunicazione delle emozioni, identificazione dei motivi psicologici dei comportamenti, uso di strumenti psicologici e di aspetti relazioni per la regolazione degli stati affettivi. Le difficoltà riguardavano non solo il funzionamento psicologico del paziente ma anche i sentimenti quasi esclusivamente di eventi fattuali esterni, la frustrazione per il senso di impotenza generato dalla difficoltà del paziente di collegare eventi esterni e mondo interno, la comunicazione inconscia al paziente di trovarlo poco interessante e forse anche di disprezzarlo perché mette il terapeuta di fronte ai propri limiti ed alla propria impotenza (Porcelli & Todarello, 2008).

Gli studi empirici pubblicati negli ultimi 10 anni hanno mostrato risultati contrastanti poiché in alcuni lavori è stato evidenziato che l'alexithymia è indipendente dal cambiamento dei sintomi (ossia, l'efficacia terapeutica sui sintomi non ha comportato una diminuzione dei livelli di alexithymia) mentre in altri l'alexithymia è risultata fortemente predittiva dell'esito sfavorevole dei trattamenti psicologici. In uno studio americano su pazienti con abuso di sostanze è stato

evidenziato che l'alexithymia influisce non solo sull'esito del trattamento ma soprattutto sui processi psicoterapeutici poiché è direttamente associata ad una peggior aderenza al programma terapeutico in termini di numero di sedute effettuate e di alleanza terapeutica (Cleland et al, 2005). Un lavoro molto interessante è stato pubblicato qualche anno fa da ricercatori canadesi sulla psicoterapia del lutto complicato (Ogrodniczuk et al, 2005). Un gruppo di 107 pazienti con disagi importanti successivi al lutto è stato trattato con terapia di gruppo per 12 settimane e sono stati valutati non solo parametri relativi al paziente (ansia, depressione, distress interpersonale, autostima, disfunzioni di ruolo sociale, salute fisica, sintomi di lutto quali pensieri intrusivi, lutto patologico ed evitamento) ma anche parametri relativi al terapeuta (qualità che il terapeuta riconosce al paziente, compatibilità del terapeuta con il paziente, significato attribuito al paziente nel gruppo). L'alexithymia è risultata associata ad un peggior esito del trattamento e, soprattutto, alle maggiori reazioni negative del terapeuta le quali, a loro volta, sono risultate associate all'esito negativo. In poche parole, le reazioni negative del terapeuta mediano l'effetto dell'alexithymia sull'esito del trattamento: maggiore l'alexithymia, meno positive le reazioni del terapeuta e più negativo l'esito del trattamento.

Ad oggi solo due lavori empirici si sono prefissi lo scopo di disegnare un progetto psicoterapeutico specifico per l'alexithymia. In un primo lavoro lituano, pazienti cardiopatici hanno intrapreso una terapia multimodale di gruppo per 4 mesi e hanno evidenziato un abbassamento significativo del livello di alexithymia non solo a fine trattamento ma a distanza di 2 anni (Beresnevaité, 2000). In un lavoro recentissimo belga, la stessa riduzione significativa dell'alexithymia è stata ottenuta con 4 settimane di ipnosi, mantenuta per ulteriori 8 settimane di follow-up in studenti universitari con livelli molto elevati di alexithymia al baseline (Gay et al, 2008). In conclusione, sembra che l'alexithymia sia un indicatore prognostico negativo per molti trattamenti psicologici (e medici), particolarmente per quelli più centrati sull'insight, sulla consapevolezza emotiva e che presuppongono una stretta alleanza con il terapeuta. È probabile che i soggetti alessitimici possano beneficiare maggiormente di terapie più direttive e comportamentali, forse per la percezione di un maggior sostegno di etero-regolazione affettiva da parte del terapeuta o per una maggiore disponibilità a lavorare su obiettivi terapeutici più esterni e concreti.

Conclusioni

1. Il costrutto di alexithymia è parzialmente ma significativamente cambiato nel corso dei suoi 30 anni di storia, specificamente in direzione della teoria delle emozioni e dei disturbi della regolazione affettiva.

2. L'alexithymia sembra legata a specifici processi di somatizzazione quali elevazione del tono simpatico di base, disadattamento generale, scarsa competenza immunitaria, amplificazione somatosensoriale, comportamento di malattia.
3. L'alexithymia non è solo un fenomeno psicologico ma ha importanti implicazioni neurobiologiche e sociali.
4. L'alexithymia predice l'esito negativo del trattamento per alcune condizioni (somatizzazione persistente, lutto complicato, sintomi residuali di depressione).
5. I soggetti alessitimici sembrano pessimi candidati alla psicoterapia, specialmente di insight, per variabili legate al paziente, all'alleanza terapeutica ed alle reazioni del terapeuta.

Bibliografia

- Bach M, Bach D (1995). Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64, 43-48.
- Beresnevaité M (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 117-122.
- Bermond B, Vorst HCM, Moormann PP (2006). The cognitive neuropsychology of alexithymia: implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11, 332-360.
- Caretti V, La Barbera D (2005). *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma, Astrolabio.
- Cleland C, Magura S, Foote J, Rosenblum A, Kosanke N (2005). Psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) for substance users. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 299-306.
- Corcos M, Guilbaud O, Paterniti S, Curt F, Hjalmarsson L, Moussa M, Chambry J, Loas G, Chaouat G, Jeanmet P (2004). Correlation between serum levels of interleukin-4 and alexithymia scores in healthy female subjects: Preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology*, 29, 557-562.
- Damasio A (1999). *The feeling of what happens. Body, emotion and the making of consciousness*. New York, Harcourt Brace [tr.it. *Emozione e coscienza*. Milano, Adelphi, 1999].
- De Gucht V, Heiser W (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425-434.
- Gay MC, Hanin D, Luminet O (2008). Effectiveness of an hypnotic imagery intervention on reducing alexithymia. *Contemporary Hypnosis*, 25, 1-13.
- Grabe HJ, Ruhrmann S, Ettelt S, Müller A, Buhtz F, Hochrein A, Schulze-Rauschenbach S, Meyer K, Kraft S, Reck C, Pukrop R, Klosterkötter J, Falkai P, Maier W, Wagner M, John U,

- Freyberger HJ (2006). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder. Results from a family study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 312-318.
- Joukamaa M, Luutonen S, von Reventlow H, Patterson P, Karlsson H, Salokangas RKR (2008). Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: results of the RADEP Study. *Psychosomatics*, 49, 317-325.
 - Joukamaa M, Mattila A (2007). Epidemiologia dell'alexithymia. *Psychomedia* 10 gennaio 2007, [www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/alex-epidemiologia.htm].
 - Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, Läksy K, Jokelainen J, Järvelin MR, Joukamaa M. (2001). Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 471-476.
 - Lumley MA, Neely LC, Burger AJ (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*, 89, 230-246.
 - Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, 38, 497-502.
 - Meins E, Harris-Waller J, Lloyd A (2008). Understanding alexithymia: associations with peer attachment style and mind-mindedness. *Personality and Individual Differences*, 45, 146-152.
 - Montebanacci O, Codispoti M, Baldaro B, Rossi N (2003). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
 - Ogrodniczuk JS., Piper WE, Joyce AS (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: What role might the therapist play? *Comprehensive Psychiatry*, 46, 206-213.
 - Porcelli P (2005). Updates sul concetto di alexithymia. *Psychomedia*, 14 aprile 2005 [<http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/porcelli-alex-2005.htm>].
 - Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O (2003). Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosomatic Medicine*, 65, 911-918.
 - Porcelli P, Lorusso D, Taylor GJ, Bagby RM (2007a). The influence of alexithymia on persistent symptoms of dyspepsia after laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37, 173-184.
 - Porcelli P, Todarello O (2008). Review sul ruolo dell'alexithymia nell'esito del trattamento. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 42, 179-198.
 - Porcelli P, Tulipani C, Maiello E, Cilenti G, Todarello O (2007b). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16, 644-650.

- Spitzer C, Siebel-Jürges U, Barnow S, Grabe HJ, Freyberger HJ. (2005). Alexithymia and interpersonal problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 240-246.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press (trad.it. *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti, Roma, 2000).
- Todarello O, Casamassima A, Daniele S, Marinaccio M, Fanciullo F, Valentino L, Tedesco N, Wiesel S, Simone G, Marinaccio L (1997). Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: Replication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 208-213.
- Troisi A, D'Argento A, Peracchio F, Petti P (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 311-316.
- Wearden AJ, Cock L, Vaughan-Jones J (2003). Adult attachment, alexithymia, symptom reporting and health-care coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 341-347.