

CORRELAZIONE TRA ALESSITIMIA E DISSOCIAZIONE IN SOGGETTI CON DISTURBO DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE: UNO STUDIO CLINICO

Alessandro Carano[°], Domenico De Berardis^{**°}, Marco Scali*, Ubaldo Sagripanti*, Daniela Campanella**, Antonella Crisoliti*, Rosa Maria Salerno, Filippo Maria Ferro[°]

[°] Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze - Istituto di Psichiatria – Università “G. D’Annunzio” di Chieti.

* Dipartimento Salute Mentale – SPDC – Civitanova Marche

** Dipartimento Salute Mentale – SPDC - Teramo

Riassunto

Il presente studio ha l’obiettivo di esaminare, in un campione di soggetti con Disturbo della Condotta Alimentare, la prevalenza e l’incidenza dell’alessitimia e della dissociazione. Il campione è costituito da 105 soggetti di sesso femminile, di età compresa tra i 16 e i 38 anni, suddivisi in tre raggruppamenti secondo i criteri del DSM IV-TR: 37 Ss (Anoressia Nervosa), 38 Ss (Bulimia Nervosa), 30 Ss (Disturbo del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificato). La valutazione psicopatologica è stata effettuata mediante colloqui clinici e con l’ausilio di alcuni questionari: TAS-20, WI, DES, EDI-2, STAI, BSQ, BDI.

Il 18,1% del nostro campione è risultato essere alessitimico. Le analisi di confronto per le variabili esaminate tra ragazze alessitimiche e non alessitimiche mostrano come all’EDI-2 i soggetti alessitimici presentano valori più elevati rispetto alle non alessitimiche. Alla DES e alla BSQ le pazienti alessitimiche mostrano valori significativamente più elevati rispetto alle non alessitimiche (rispettivamente $F=18,71$; $df=1,97$; $p<0,001$ e $F=11,93$; $df=2,1$; $<0,001$). La regressione lineare multipla stepwise evidenzia come una maggiore età e più alti punteggi alla BDI, alla DES, e alla TAS siano predittivi di un DCA. I nostri dati mostrano come nelle pazienti alessitimiche vi sia una elevata tendenza ad utilizzare la dissociazione quale meccanismo psicopatologico prevalente.

Parole chiave: *alessitimia, disturbi della condotta alimentare, dissociazione*

CORRELATION BETWEEN ALEXITHYMIA AND DISSOCIATION IN SUBJECTS WITH EATING DISORDERS: A CLINICAL STUDY

Abstract

The present study aims to examine the prevalence and the incidence of both alexithymia and dissociation in a sample of subject with eating disorder. Thirty-seven anorexic patients, thirty-eight bulimic patients and 30 Binge eating disorders patients completed the following measures : TAS-20, DES, WI, EDI-2 , STAI, BSQ, BDI .

The 18,1% of our sample result to be alexithymic.. The analysis of comparison for the variable examined between alexithymics and not alexithymics show as to the EDI-2 the subject alexithymics introduce more elevated values in comparison to the not alexithymics. At DES and BSQ alexithymic patients show higher scores in comparison with not alexithymic patients (respectively $F=18,71$; $df=1,97$; $p<0,001$

and $F=11,93$; $df=2,1$; $<0,001$).

The multiple linear regression stepwise show how age and higher score to BDI, DES and TAS are predictive factors of eating disorders. In alexithimic patients there is an elevated tendency to use the dissociation as prevailing psychopathological mechanism.

Key Words: *Alexithymia, Eating Disorders, Dissociation*

Introduzione

Questo vuole essere un viaggio all'interno di vissuti corporei, difficilmente accostabili ed esplicabili per la loro irriducibile singolarità, ma per questo, affascinanti e quindi oggetto di continuo approfondimento e ricerca.

Le problematiche con cui le pazienti si accostano all'incontro terapeutico sono prettamente corporee ma sottendono sempre una sofferenza "*altra*", inizialmente inafferrabile, indicibile, pietrificata, ma che rimanda ineludibilmente alla storia di quel soggetto. Dare senso a tali vissuti può essere operazione ardua e complessa, ma non può non prescindere da un accurato e parcellare "*spostamento*" del piano d'ascolto dall'ancoraggio somatico a quello mentale. In tal senso si può notare come la metamorfosi di eventi psichici in eventi somatici in taluni soggetti più conservati emotivamente si costituisce come esperienza segnale disincarnata dal proprio palinsesto di vita, in altri con problematiche più arcaiche nei processi di formazione del sé; l'inaridirsi delle esperienze emotive le rende inafferrabili, inpalpabili, indicibili. In tal senso si struttura come, Eugenio Gaddini (in scritti 1953-1985) ha descritto, un "*organizzazione mentale di base*" ossia quel processo di costruzione del sé (fase pre-speculare) durante la quale i vissuti si organizzano in modo quasi esclusivo nell'articolazione somatica e nella esplorazione di una geografia corporea e sensoriale. Tali vissuti si palesano come quadri psicopatologici assai complessi intreccio di sintomi dissociativi, somatoformi, derealizzazione, dismorfofobici, depressivi, fobico-ossessivi, delirioidi. Pertanto il discorso psicopatologico si arricchisce di una straordinaria complessità in quanto la problematica enunciata come prettamente corporea si delinea su un registro parallelo "*psichico*" dove il corpo rappresenta tutto il Sé come nei disturbi del comportamento alimentare.

Sebbene le esperienze dissociative siano comuni nella popolazione generale, l'abituale affidamento alla dissociazione come meccanismo di coping può rappresentare un fenomeno pervasivo nei disturbi del comportamento alimentare (Irwin 1985; Ross et al. 1990). D'altronde un'imponente corpo di evidenza scientifica registra un legame tra le tendenze dissociative nell'età adulta e una storia di traumi nell'infanzia. È comune riscontro che soggetti con disturbi dissociativi riferiscono un'alta incidenza di abusi sessuali, fisici ed emotivi nell'infanzia (Coons et al. 1989; Putnam et al. 1986; Ross et al. 1991). Anche campioni non clinici hanno dimostrato un'associazione tra tendenze dissociative e l'incidenza di questi traumi infantili come una perdita in famiglia, abusi sessuali intrafamiliari o extrafamiliari e abusi fisici intrafamiliari (Irwin 1994a; Sanders et al. 1989). Molti studi inoltre indicano che le emozioni insolite associate con il trauma originario facciano da cardine in questo contesto. Le tendenze dissociative nell'età adulta sono considerate come predette da una inclinazione a esperienze di dolore (Irwin 1994b), e ad emozioni quali vergogna e colpa (Irwin 1994c), rabbia, depressione e ansia (Irwin 1995; Norton et al. 1990; Putnam et al. 1986). Similmente, MacFarlane et al. (1990) rimarcano che i bambini che usano la dissociazione nel coping degli abusi sessuali tendono a perdere la loro capacità a differenziare le varie emozioni. Inoltre diversi dati della letteratura sottolineano che

le tendenze alessitimiche possano essere in parte una reazione alle esperienze traumatiche (Krystal 1988; Shipko et al. 1983). Queste osservazioni indicano la stretta relazione tra alessitimia e vissuti dissociativi ed evidenziano come le caratteristiche alessitimiche possano essere un elemento predittivo della tendenza alla dissociazione.

Deve essere messo in rilievo che persone fortemente alessitimiche non “*mancano di emozioni*”. Le reazioni fisiologiche di questi soggetti agli stimoli emotivi sono coerenti con l’opinione per cui essi provano le emozioni, ma semplicemente non sanno descrivere tali esperienze a parole (Papciak et al. 1985). In realtà, nonostante il significato letterale di alessitimia, è incerto che le persone fortemente alessitimiche abbiano un lessico mentale sprovvisto di parole per le emozioni. I dati riportati da Papciak et al. (1985) indicano che nei soggetti alessitimici le risposte fisiologiche e cognitive sono “*disaccoppiate*”, ossia le persone alessitimiche possono razionalmente avere un adeguato lessico affettivo che può essere utilizzato in meri esercizi lessicali, eppure essere incapaci di associare questa parte del loro lessico ai loro propri stati soggettivi. Questa operazione sarebbe ancora più evidente nei soggetti alessitimici con tendenze dissociative, inclini, per ovvi motivi, a scindere i processi verbali dai propri processi emotivi.

I rilievi psicopatologici che sottolineano la presenza di disturbi dissociativi nei pazienti con disturbi del comportamento alimentare è un dato diffuso in letteratura (Demitrack et al. 1990; Vanderlinden et al. 1993), sebbene non sia stato ancora chiarito se i sintomi dissociativi riferiti dai pazienti siano in qualche modo direttamente ascrivibili alla specifica psicopatologia dei disturbi del comportamento alimentare, o se elevati livelli di sintomi dissociativi siano dovuti alla coesistenza di depressione, ansia, o di disturbi di personalità.

Considerate queste premesse sulle acclamate relazioni tra Alexitimia, Dissociazione e Disturbi del Comportamento Alimentare, nelle pagine seguenti presentiamo uno studio preliminare con l’obiettivo di esaminare, in un campione di soggetti affetti da un Disturbo della Condotta Alimentare, la prevalenza e l’incidenza del costrutto alexitimico e del complesso fenomeno della dissociazione. Abbiamo voluto analizzare anche: come e se nei soggetti alessitimici la presenza di elevati livelli di dissociazione fossero predittivi di un Disturbo dell’Immagine Corporea e/o di un Disturbo del Comportamento Alimentare conclamato o subsindromico. Inoltre abbiamo voluto investigare come equivalenti dissociativi si correlano con il costrutto alexitimico nei soggetti con Disturbo del Comportamento Alimentare.

Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta dalla cattedra di Psichiatria dell’Università “D’Annunzio” di Chieti in collaborazione con il Centro Regionale per la Cura dell’Obesità e dei Disturbi della Condotta Alimentare dell’Ospedale Clinicizzato di Chieti, su un campione di soggetti afferenti al centro per una valutazione psicologica. Il campione esaminato era costituito da 107 soggetti, di età compresa tra i 16 e i 38 anni, suddivisi in tre raggruppamenti: soggetti con Anoressia Nervosa (che utilizzavano una condotta alimentare il cui nucleo centrale era costituito dal digiuno o abbuffate seguite da condotte di eliminazione), soggetti con Bulimia Nervosa (soggetti in cui erano presenti abbuffate e che utilizzavano o non condotte di eliminazione), e soggetti con Binge Eating Disorders (soggetti in cui erano presenti abbuffate continue durante la giornata senza che fossero presenti condotte di eliminazione). L’arruolamento dei soggetti è stato preceduto dal consenso informato da parte di tutte le partecipanti allo studio.

La valutazione psicopatologica è stata effettuata con l’ausilio di alcuni questionari:
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) La versione attualmente in uso è quella a 20 item,

(Parker et al. 1993; Bagby et al. 1994), una scala di autovalutazione in cui ciascun item viene misurato su una scala di 5 punti dalla quale derivano 3 fattori:

Fattore 1 (IDE, identifying feelings), difficoltà a identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni, costituito dagli item 1, 3, 6, 9, 13 e 14;

Fattore 2 (COM, communicating feelings) difficoltà ad esprimere i propri sentimenti, costituito dagli item 2, 4, 11, 12 e 17;

Fattore 3 (EOT, externally-oriented thinking) pensare orientato esternamente, costituito dagli item 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20

State-Trait Anxiety Inventory – (STAI) è una scala di autovalutazione che si articola in due sub-scale, la STAI T-Anxiety Scale e la STAI S-Anxiety Scale, composte da 20 item ciascuna e che esplorano, rispettivamente, l'ansia di tratto e l'ansia di stato. L'ansia-tratto può essere considerata una caratteristica relativamente stabile della personalità che riflette la modalità con cui il soggetto tende a percepire come pericolosi o minacciosi stimoli e situazioni ambientali. I soggetti con elevata ansia-tratto mostrano una più marcata reattività ad un numero maggiore di stimoli e sono caratterizzati da elevato "arousal", debolezza dell'Io, tendenza alla sensitività ed alla colpa. L'ansia-stato può essere definita come un'interruzione temporanea del continuum emozionale che si esprime attraverso una sensazione soggettiva di tensione, apprensione, nervosismo, inquietudine, ed è associata ad attivazione del sistema nervoso autonomo.

Whiteley Index è un questionario di autovalutazione composto da 14 item misurati su una scala a 5 punti. La Whiteley nasce come scala per la misurazione dell'ipocondria. In uno studio Fink et al. (1999) hanno investigato la capacità della scala di discriminare le malattie da somatizzazione e i loro risultati li hanno portati ad affermare che riesce a discriminare anche i disturbi somatoformi.

La DES - Dissociative Experience Scale è uno strumento self-report che può essere completato in 15 minuti e corretto in meno di 5. La DES ha mostrato di avere una buona validità e attendibilità e buone proprietà psicometriche complessive. A ciò si aggiunge anche un'eccellente validità di costrutto, ovvero una buona consistenza e coerenza interna. Essa è uno strumento di screening; elevati punteggi alla DES non provano la presenza di un disturbo dissociativo ma suggeriscono solo che il soggetto utilizza il meccanismo di difesa della dissociazione in maniera rilevante.

L'EDI-2 è uno strumento per l'autovalutazione di sintomi comunemente associati ai DCA. L'EDI-2 si propone come uno strumento per la valutazione multidimensionale delle caratteristiche psicologiche rilevanti per l'anoressia e per la bulimia, in rapporto alla crescente presa di coscienza che i DCA siano disturbi multidimensionali con marcata variabilità degli aspetti psicologici fra popolazioni eterogenee di pazienti. L'EDI-2 è composto da 91 item, dei quali i primi 64 costituiscono le 8 scale primarie, mentre gli ultimi 27 formano le 3 addizionali. Per ciascun item la risposta è graduata da "sempre" a "mai". Ogni scala misura un tratto concettualmente indipendente. Le scale primarie sono:

Impulso a dimagrire (IM): valuta l'eccessiva preoccupazione per la dieta, per il peso corporeo e la paura per l'aumento ponderale.

Bulimia (BU): valuta la tendenza a pensare e ad avere attacchi di incontrollabile sovralimentazione. Essa differenzia il soggetto bulimico dal sottotipo anoressico.

Insoddisfazione per il corpo (IC): misura la scontentezza per la forma del proprio corpo in generale e per le dimensioni di quelle parti corporee che sono maggiormente coinvolte nei disturbi dell'alimentazione.

Inadeguatezza (I): misura i sentimenti di generale insicurezza, inutilità, vuoto e mancanza di controllo sulla propria vita, descrivendo lo schiacciante senso di incapacità che costituisce il

disturbo psicologico alla base dei disordini di alimentazione.

Perfezionismo (P): misura il limite a cui una persona crede possano arrivare i propri risultati o successi, e cioè l'impegno che una persona profonde per tener dietro a standard perfezionistici di performance.

Sfiducia interpersonale (SI): valuta il generale sentimento di alienazione e di riluttanza a formare relazioni strette e a confidarsi con gli altri.

Consapevolezza enterocettiva (CE): misura la confusione e l'incertezza nel riconoscere e rispondere in modo preciso agli stati emotivi e nell'identificare certe sensazioni viscerali collegate alla fame ed alla sazietà.

Paura della maturità (PM): valuta il desiderio di rifugiarsi nella sicurezza dell'infanzia.

Le scale addizionali sono:

Ascetismo (ASC): misura la tendenza a valorizzarsi attraverso il perseguimento di ideali spirituali, quali l'autodisciplina, l'autonegazione e il controllo dei bisogni del proprio corpo.

Regolazione degli impulsi (I): misura la tendenza all'impulsività, all'abuso di sostanze, all'imprudenza, alla distruttività nelle relazioni interpersonali e all'autodistruttività.

Insicurezza sociale (IS): valuta la convinzione che le relazioni sociali siano difficili, insicure, deludenti, infruttuose e, in generale, di bassa qualità.

STAI (State-Trait Anxiety Inventory) Si articola in due sub-scale, la STAI T-Anxiety Scale e la STAI S-Anxiety Scale, che esplorano, rispettivamente, l'ansiatratto e l'ansia-stato. Nel 1983, sulla base dell'esperienza acquisita in oltre 10 anni di impiego, è stata pubblicata una revisione dello STAI, la Form Y, capace di distinguere in maniera più netta i due tipi di ansia. È evidente che, nella distinzione tra ansia-tratto ed ansia-stato, è fondamentale la precisa definizione del periodo di tempo esplorato poiché è inevitabile che, quanto più è ampio il periodo di tempo a cui il soggetto deve fare riferimento, tanto maggiore è la probabilità di valutare un tratto. Non meno importante è, tuttavia, anche il problema psicolinguistico poiché la modalità con cui è posta la domanda ed i termini usati possono influenzare anche pesantemente la risposta ponendo (o, meglio, accentuando) i problemi di affidabilità, sensibilità e validità che questi strumenti spesso pongono.

La BSQ (Body Shape Questionnaire) si propone di valutare l'immagine corporea che il paziente ha di sé, poiché è ampiamente accettato che l'immagine di sé abbia un ruolo centrale nei DCA e nell'anoressia nervosa in particolare. Attraverso una serie di studi preliminari sono stati individuati i 34 item che costituiscono la scala ed ai quali il soggetto è invitato a rispondere scegliendo fra 6 livelli di gravità, espressa dalla frequenza con cui i pensieri, le sensazioni ed i comportamenti descritti negli item si manifestano. Problemi con l'immagine di sé sono abbastanza comuni e, pertanto, ciò che è importante è il livello di gravità: punteggi inferiori a 70 indicano assenza di anoressia; fra 70 e 100 l'assenza di anoressia è probabile; fra 100 e 130 l'anoressia è probabile e oltre 130 è certa. L'analisi fattoriale del BSQ, condotta su campioni diversi, ha messo in evidenza un primo fattore che assorbe praticamente il 50% della varianza e che è saturato da 25 dei 34 item, in assenza di altri fattori significativi.

La BDI (Beck Depression Inventory) è un breve questionario formato da 21 items descrittivi di sintomi e di atteggiamenti osservati nel corso di psicoterapie psicoanalitiche con pazienti depressi. Il BDI può essere considerato, nell'ambito delle scale di autovalutazione della depressione, uno standard di riferimento. Nella sua versione originale, comprendeva 21 item quantificati ciascuno su 4 livelli crescenti di gravità ed il paziente, per fornire la sua autovalutazione, doveva prendere perciò in esame 84 definizioni. La scala esplora una relativamente ristretta gamma di sintomi con esclusione di quelli relativi all'ansia e pertanto è lo strumento di autovalutazione più specifico per la depressione. Essa attribuisce un peso rilevante a sintomi quali il pessimismo,

la sfiducia, l'autoaccusa, eccetera, a scapito dei sintomi d'ansia e di altri sintomi accessori.

Analisi statistica

Sono state calcolate le misure di statistica descrittiva (media, deviazione standard [ds] e percentuali). L'analisi dei dati categoriali è stata effettuata mediante il test esatto di Fisher, le differenze tra gruppi diagnostici sono state analizzate mediante l'ANOVA a una via con l'analisi post-hoc di Bonferroni (per rilevare le differenze tra gruppi), mentre le comparazioni tra alessitimici e non sono state valutate mediante l'analisi multivariata della varianza (MANOVA), controllando per età, BMI, sintomi depressivi e ansia di stato/tratto (covariate). Le correlazioni tra le varie scale sono state computate mediante le correlazioni parziali controllando per diagnosi, età, BMI, sintomi depressivi e ansia di stato/tratto. E' stata inoltre condotta una regressione lineare multipla (metodo stepwise) con punteggio totale alla EDI-2 come variabile dipendente e età/BMI/ansia/depressione (primo blocco), sottoscale dell'EDI-2 (secondo blocco), dissociazione (DES – terzo blocco), alessitimia (TAS-20, DIF, DDF, EOT – quarto blocco), immagine corporea (BSQ – quinto blocco) come variabili indipendenti.. La significatività statistica è stata posta per valori di $p < 0,05$. Tutti i test erano a 2-code (two-tailed). I valori sono espressi, salvo diversamente indicato, come media \pm deviazione standard.

Risultati

Come si evince dalla tabella 1, dei 107 partecipanti allo studio, 2 non hanno risposto a tutti i quesiti formulati, pertanto non sono state inserite nell'analisi complessiva. Il nostro campione è costituito quindi da 105 soggetti di sesso femminile così distribuite: 37 soggetti che soddisfano i criteri DSM IV per la diagnosi di Anoressia nervosa (AN), 38 pazienti quelli della Bulimia nervosa (BN), e 30 la diagnosi di Binge Eating Disorder (BED) o un Disturbo del Comportamento Alimentare non Altrimenti Specificato (DCA NAS).

Le pazienti con BED presentano un indice di massa corporea (BMI) più elevato ($F=168,40$; $df=2$; $p < 0,001$) rispetto ai soggetti con BN e AN; stesso discorso per l'indice età ($F=8,60$; $df=2$; $p < 0,001$) rispettivamente maggiore sia dei soggetti bulimici che anoressici.

Analizzando le variabili cliniche di confronto (MANOVA) tra le pazienti anoressiche, bulimiche e con BED si osserva (tab. 2) come per la valutazione della condotta alimentare, alla sottoscala del *Perfezionismo* all'EDI-II i soggetti con AN presentano valori mediamente più elevati rispetto alle pazienti bulimiche e con BED ($F=3,28$; $df=2,1$; $p=0,04$). Alla DES per la valutazione degli equivalenti dissociativi le pazienti affette da BN mostrano minore tendenza ad utilizzare la dissociazione psicosomatica come strategia difensiva rispetto alle pazienti anoressiche e con BED ($F=5,09$; $df=2,1$; $p=0,008$). Per quanto riguarda la valutazione dell'immagine corporea i soggetti con BED sembrano presentare un rapporto più conflittuale con la propria taglia corporea e con il loro schema corporeo rispetto sia alle pazienti anoressiche che bulimiche ($F=2,99$; $df=2,1$; $p=0,05$).

Il 18,1% del nostro campione è risultato essere alessitimico in linea con altri dati della letteratura (tab. 3). L'analisi di confronto per le variabili esaminate tra alessitimiche e non alessitimiche mostrano come all'EDI-II i soggetti alessitimici presentano valori più elevati rispetto alle non alessitimiche, in particolare per quanto concerne le sottoscale Consapevolezza Enterocettiva (CE) ($F=8,40$; $df=1,97$; $p=0,005$), Ascetismo (ASC) ($F=8,20$; $df=1,97$; $p=0,005$),

Tabella 1. Confronto (ANOVA) tra pz. anoressiche (AN), bulimiche (BU) e con BED riguardo età, BMI, sintomi depressivi (BDI) e livelli di ansia di stato (STAI-S) e di tratto (STAI-T).

	1. AN (n=37)	2. BU (n=38)	3. BED (n=30)	Statistica	Post-Hoc
Età	24,7 ± 7,9	28,1 ± 6,6	31,5 ± 5,0	F=8,60 df=2 p<0,001	3 > 1,2
BMI	18,1 ± 1,9	26,3 ± 2,7	32,1 ± 4,6	F=168,40 df=2 p<0,001	3 > 2 > 1
BDI	5,8 ± 5,3	8,4 ± 7,0	7,5 ± 6,2	NS	-
STAI-S	37,4 ± 8,8	39,3 ± 11,1	37,7 ± 10,8	NS	-
STAI-T	36,5 ± 8,1	37,8 ± 10,0	36,5 ± 8,8	NS	-

Tabella 2. Variabili cliniche: confronto (MANOVA) tra pz. anoressiche (AN), bulimiche (BU) e con BED controllando per età, BMI, sintomi depressivi (BDI) e livelli di ansia (STAI-S e STAI-T).

	1. AN (n=37)	2. BU (n=38)	3. BED (n=30)	Statistica	Post-Hoc
EDI-2 Totale	96,4 ± 14,3	94,3 ± 15,2	92,2 ± 14,0	NS	-
IM	11,9 ± 2,0	12,2 ± 2,9	11,9 ± 2,1	NS	-
BU	8,4 ± 3,1	8,2 ± 2,9	7,4 ± 4,1	NS	-
CE	6,1 ± 4,4	5,1 ± 4,2	3,9 ± 4,3	NS	-
ASC	7,8 ± 3,9	7,1 ± 3,9	7,6 ± 3,7	NS	-
PM	8,2 ± 3,5	7,8 ± 3,1	7,4 ± 2,9	NS	-
IN	3,1 ± 2,7	2,7 ± 2,8	2,7 ± 3,2	NS	-
IS	3,4 ± 2,7	3,4 ± 3,3	3,1 ± 2,7	NS	-
IC	15,1 ± 7,2	18,0 ± 5,1	18,1 ± 4,7	NS	-
P	12,7 ± 2,1	11,6 ± 2,0	11,8 ± 2,2	F=3,28 df=2, 105 p=0,04	1 > 2,3
SI	10,1 ± 2,8	9,8 ± 3,2	9,1 ± 4,3	NS	-
I	9,8 ± 2,6	8,6 ± 3,1	9,3 ± 2,1	NS	-
TAS-20	42,9 ± 10,1	42,1 ± 9,8	40,3 ± 11,4	NS	-
DIF	14,4 ± 4,3	14,1 ± 4,9	14,6 ± 4,7	NS	-
DDF	11,4 ± 3,9	11,3 ± 4,9	10,7 ± 4,6	NS	-
EOT	17,3 ± 4,6	18,3 ± 4,0	16,2 ± 4,8	NS	-
Positivi (n, %)	8 (21,6)	6 (15,8)	5 (16,7)	NS	-
DES	45,9 ± 20,1	40,3 ± 20,9	44,3 ± 20,1	F=5,09 df=2, 105 p=0,008	1,3 > 2
BSQ	68,3 ± 27,2	69,9 ± 23,9	72,1 ± 26,5	F=2,99 df=2, 105 p=0,05	3 > 1,2

Correlazione tra Alessitimia e dissociazione in soggetti con Disturbo del Comportamento Alimentare

Tabella 3. Variabili cliniche: confronto (MANOVA) tra pz. alessitimiche e non controllando per età, BMI, sintomi depressivi (BDI) e livelli di ansia (STAI-S e STAI-T).

	Alessitimici (n=19, 18,1%)	Non Alessitimici (n=86, 81,9%)	Statistica
EDI-2 Totale	102,9 ± 18,2	92,4 ± 13,0	F=10,69 df=1, 97 p<0,001
IM	11,9 ± 2,6	12,0 ± 2,4	NS
BU	8,3 ± 3,8	7,9 ± 3,2	NS
CE	6,5 ± 3,6	4,7 ± 4,4	F=8,40 df=1, 97 p=0,005
ASC	8,6 ± 3,6	7,2 ± 3,8	F=8,20 df=1, 97 p=0,005
PM	7,9 ± 4,1	7,8 ± 2,9	NS
IN	4,1 ± 3,3	2,5 ± 2,7	NS
IS	3,5 ± 3,2	3,3 ± 2,9	NS
IC	19,6 ± 5,1	16,4 ± 6,0	F=4,07 df=1, 97 p=0,05
P	13,3 ± 2,9	11,8 ± 1,8	F=6,29 df=2, 105 p=0,01
SI	8,8 ± 4,0	9,9 ± 3,3	NS
I	10,3 ± 2,7	9,0 ± 2,6	F=9,17 df=1, 97 p=0,003
DES	57,4 ± 21,0	40,5 ± 19,0	F=18,71 df=1, 97 p<0,001
BSQ	87,0 ± 42,0	66,2 ± 18,9	F=11,93 df=2, 105 p<0,001

Tabella 4. Variabili cliniche: correlazioni parziali (r) con la TAS-20 e sottoscale, controllando per età, BMI, sintomi depressivi (BDI) e livelli di ansia (STAI-S e STAI-T).

	TAS-20	DIF	DDF	EOT
DES	0,46 (***)	0,27 (**)	0,15 (*)	0,57 (***)
EDI-2 Totale	0,25 (**)	0,21 (**)	0,19 (*)	0,21 (**)
IM	0,20 (**)	0,17 (**)	0,15 (*)	0,12 (*)
BU	0,08	0,06	-0,08	0,17
CE	0,16	0,10	0,15	0,22 (*)
ASC	0,08	0,03	0,28 (**)	0,14
PM	0,06	-0,10	0,15	0,08
IN	0,01	0,10	0,35 (***)	-0,07
IS	0,22 (*)	0,22 (*)	0,42 (***)	0,19 (*)
IC	0,03	-0,07	0,07	0,08
P	0,27 (**)	0,28 (**)	0,22 (*)	0,13 (*)
SI	-0,08	0,02	0,05	-0,10
I	0,01	0,02	0,27 (**)	-0,08
BSQ	0,23 (**)	0,26 (**)	0,24 (*)	0,03

(*) p ≤ 0,05

(**) p ≤ 0,01

(***) p ≤ 0,001

Tabella 5. Campione totale: regressione lineare multipla stepwise con punteggio totale alla EDI-2 come variabile dipendente e età/BMI/ansia/depressione (primo blocco), sottoscale dell'EDI-2 (secondo blocco), dissociazione (DES – terzo blocco), Alessitimia (TAS-20, DIF, DDF, EOT – quarto blocco), immagine corporea (BSQ – quinto blocco) come variabili indipendenti.

	B	SE	β	t	p	95% CI	
						Lower	Upper
Costante	138,36	11,51	-	12,02	<0,001	115,52	161,20
Età	-0,86	0,22	-0,42	-3,99	<0,001	-1,28	-0,43
BDI	1,09	0,22	0,67	4,96	<0,001	1,53	0,65
EDI-2 P	0,90	0,29	0,39	3,11	0,002	0,33	1,48
DES	0,86	0,21	0,42	3,99	<0,001	1,28	0,430
TAS-20	1,16	0,23	0,72	5,07	<0,001	1,62	0,71
TAS-20 EOT	0,99	0,30	0,42	3,29	0,001	0,39	1,57

Coefficiente di Durbin-Watson 1,828; $r=0,526$ $r^2=0,516$ adjusted $r^2=0,502$; $F=6,25$ $df=7$ $p<0,001$.

Immagine Corporea (IC) ($F=4,07$; $df=1,97$; $p=0,05$), Perfezionismo (P) ($F=6,29$; $df=2,1$; $p=0,01$), Impulsività ($F=18,7$; $df=1,97$; $p=0,003$), e punteggio totale ($F=10,7$; $df=1,97$; $p<0,001$). Alla DES e alla BSQ le pazienti alessitimiche mostrano valori significativamente più elevati rispetto alle non alessitimiche (rispettivamente $F=18,71$; $df=1,97$; $p<0,001$ e $F=11,93$; $df=2,1$; $p<0,001$), indice di una maggiore tendenza a dissociare e ad un peggiore rapporto con il proprio corpo negli alessitimici.

Inoltre le correlazioni parziali (r) tra le variabili cliniche esaminate del nostro campione mostrano come tra la DES e la TAS-20 esista una significativa correlazione, in particolare per la sottoscala EOT ($0,57$; $p<0,001$) e punteggio totale ($0,46$; $p<0,001$). Considerando il campione totale alla regressione lineare multipla stepwise con punteggio totale alla EDI-II come variabile dipendente, una maggiore età e più alti punteggi alla BDI, alla DES, e alla TAS sono predittivi di un disturbo della condotta alimentare

Discussione

I dati presenti in letteratura sulla correlazione tra Alessitimia e Dissociazione nei Disturbi del Comportamento Alimentare non sono numerosi. Grabe et al 2007 hanno misurato la correlazione tra alessitimia e dissociazione in 173 soggetti con disturbo post-traumatico da stress; lo studio ha evidenziato che il punteggio totale alla DES era significativamente correlato con le tre dimensioni dell'alessitimia (il riconoscimento, la differenziazione del contenuto emotivo e il pensiero orientato verso l'esterno). Quest'ultimo elemento ha posto una questione molto importante in quanto l'alessitimia è stata tradizionalmente associata ad un'incapacità a fantasticare, mentre nei soggetti con un'elevata tendenza alla dissociazione hanno una spiccata propensione a fantasticare. Elzinga et al 2006, hanno dimostrato che in presenza di un tratto stabile alessitimico, elevati livelli di dissociazione correlavano con più alti punteggi alla scala DDF della TAS-20 e quindi con la difficoltà nell'identificare la componente affettiva emotiva.

I nostri dati mostrano come nelle pazienti alessitimiche ci sia una elevata tendenza ad uti-

lizzare la dissociazione quale meccanismo inconsapevole; in particolare, tale processo sarebbe pervasivo nei soggetti con pensiero orientato all'esterno.

Alla luce della nostra ricerca si può ipotizzare che le caratteristiche strutturali dell'alessitimia sono funzionali a modulare le risposte individuali allo stress emotivo attraverso l'utilizzo della dissociazione. In effetti l'utilizzo della stessa potrebbe essere letta come una strategia difensiva nel tentativo di regolare, attraverso diversi gradienti di alterazione dello stato di coscienza, almeno in parte, alcune sfumature del contenuto emotivo. Questa modalità diventerebbe adattiva assumendo i caratteri della pervasività: in particolare lo stato dissociativo si configurerebbe come una modalità ricorsiva per gestire le complesse articolazioni della propria vita interiore emotiva-affettiva nonché delle relazioni interpersonali. I soggetti alessitimici che inconsapevolmente utilizzano la dissociazione come strumento psicologico per regolare gli affetti presentano una compromissione della funzione riflessiva, ossia quella radice della dimensione metacognitiva che ci permette di identificare, differenziare e decentrare da una prospettiva solipsistica cogliendone l'essenza intersoggettiva.

Bibliografia

- Bagby RM, Taylor GJ, & Parker JDA (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33–40.
- Barbaras R (1992). *De la phènomènologie du corps à l'ontologie de la chair*. In: Le corps. J.Vrin 242-80, Paris.
- Bell R (1987). *La santa anoressia*. Laterza, Bari.
- Binswanger L (1970). *Per un'antropologia fenomenologica, saggi e conferenze psichiatriche*. A cura di Giacanelli- Feltrinelli Editori, Milano.
- Binswanger L (2001). *Il caso Ellen West. Testi e documenti del Novecento*. SE SRI, Milano.
- Bonassi E (2001). Il desiderio impossibile. Alcuni pensieri sull'anoressia mentale. *Richard e Piggle* 9,3:331-344.
- Bonnier P (1902). *Le sens des attitudes*. Nuvelle Iconographie de La Salpètrière, 15:146-83. Naud, Paris.
- Bruch H (1988). *Conversation with Anorexia*. Basic Books, NewYork. Trad.It.: *Anoressia: Casi clinici*. Raffaello Cortina, Milano.
- Cahill C, Llewelyn SP, & Pearson C (1991). Long-term effects of sexual abuse which occurred in childhood: A review. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 117–130.
- Coons PM, Bowman ES, Pellow, TA, & Schneider P (1989). Post-traumatic aspects of the treatment of victims of sexual abuse and incest. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 325–335.
- Darlington RB (1990). *Regression and linear models*. McGraw-Hill, New York.
- Demitrack et al (1990). Relation of clinical variables to dissociative phenomena in eating disorders. *American Journal Psychiatry* 1990 Sep;147(9):1184-8.
- Dolto F (1984). *L'immagine inconsciente del corpo*. Masson, Paris.
- Dunn GE, Ryan JJ, Paolo AM & Miller D (1993). Screening for MPD: Clinical utility of the Questionnaire of Experiences of Dissociation. *Dissociation*, 6, 38–41.
- Elzinga et al (2006). Dissociation: cognitive capacity or dysfunction? *Journal Trauma Dissociation*. 2006;7(4):115-34. Review.
- Fink et al (1999). Screening for somatization and hypochondriasis in primary care and neurological inpatients: a seven-item scale for hypochondriasis and somatization. *Journal Psychosom Res*. 1999 Mar;46(3):261-73.
- Foucault M (2001). *La cura di sé. Storia della sessualità 3*. Saggi Universale Economica Feltrinelli, Milano.

- Gaddini E (1989). *Sull'imitazione*. In scritti 1953-1985 Cortina, Milano.
- Galimberti U (2003). *Il corpo - Opere V*. Saggi Economica Feltrinelli, Milano.
- Gallagher S, Cole J (1995). Body image and body schema in a deafferented subject. *J of Mind and Behaviour*, 16:369-90.
- Giannotti A, De Astis G, Del Pidio F (1989). *L'anoressia come attacco alla collusione corpo-mente*. In: A.Giannotti, G. De Astis Il diseguale. Psicopatologia degli stati precoci dello sviluppo. Ed. Borla, Roma.
- Grabe et al (2007). Psychopathology and alexithymia in severe mental illness: the impact of trauma and posttraumatic stress symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007 Jun;257 (4):191-6.
- Guidano V (1992). *Il sé nel suo divenire*. Bollati Bolinghieri, Torino.
- Guidano V (2000). *La complessità del sé*. Bollati Bolinghieri, Torino.
- Hart J, Berndt RS, & Caramazza, A (1985). Category-specific naming deficit following cerebral infarction. *Nature*, 316, 439-440.
- Head H (1911). Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34:102-254.
- Hécaen H, & de Ajurriaguerra J (1952). *Méconnaissances et hallucinations corporelles. Intégration et désintégration de la somatognosie*. Masson, Paris.
- Heidegger M (1968). *Sentieri interrotti*. Nuova Italia, Firenze.
- Hoffer W (1950). Development of the body ego. *Psychoanal.Study Child*, 6:18-24.
- Hornbacher M (2000). *Sprecata*. TEA, Milano.
- Irwin HJ (1985). *Flight of mind: A psychological study of the out-of-body experience*. Scarecrow Press , Metuchen NJ.
- Irwin HJ (1994a). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 456-460.
- Irwin HJ (1994b). Affective predictors of dissociation, I: The case of unresolved grief. *Dissociation*, 7,86-91.
- Irwin HJ (1994c). *Affective predictors of dissociation, II: Shame and guilt*. Unpublished manuscript.
- Irwin HJ (1995). Affective predictors of dissociation, III: Affect balance. *Journal of Psychology*, 129,463-467.
- Jeammet P (1993). L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 41 (5-6):235-244.
- Jeammet P, Brechon G, Payan C, George A, Fermanian J (1991). Le devenir de l'anorexie mentale: une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2:381-442.
- Johnson-Laird PN, & Oatley, K (1989). The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion*, 3, 81-123.
- Kluft RP (1993). *Multiple personality disorder*. In D. Spiegel (Ed.), Dissociative disorders: A clinical review (pp. 17-44). Lutherville, MD: Sidran Press. (Originally published in 1991).
- Krystal H (1988). *Integration and self-healing: Affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kundera M (1985). *L'insostenibile leggerezza dell'essere*. Adelphi Edizioni, Milano.
- Laufer M, Laufer ME (1986). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. trad. it., Boringhieri, Torino.
- Lebovici S (1995). Creativity and the Infant's Competence. *Infant Mental Health Journal*,16,1:10-15.
- Lesser IM (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43, 531-543.
- Levinas E (1998). *Scoprire l'esistenza con Husserl e Heidegger*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Lhermitte J (1998). *L'image de nostre corps*. L'Harmattan, Paris.
- MacFarlane K, Cockriel M, & Dugan M (1990). *Treating young victims of incest*. In R.K. Oates (Ed.), *Understanding and managing child sexual abuse* (pp. 149-177). Harcourt Brace Jovanovich , Sydney.
- Martinetti MG, Innocenti E, Stefanini MC, Papini M (1995). Ambivalenze nel trattamento dell'Anoressia Mentale con scompenso somatopsichico. *Nuova Rivista di Patologia Nervosa e Mentale*, 3:3-15.
- Merleau-Ponty (1965). *La fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore, Milano.

Correlazione tra Alessitimia e dissociazione in soggetti con Disturbo del Comportamento Alimentare

- Minkowski E (1971). *Il tempo vissuto*. Einaudi, Torino.
- Money-Kyrle R (1984). *Sviluppo cognitivo*. In: Scritti 1929-1977. Torino, Loescher.
- Norton GR, Ross CA, & Novotny MF (1990). Factors that predict scores on the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 273–277.
- Novelletto A, Nerozzi D, Bari E, Lambertucci S (1986). *L'Anoressia Mentale alla luce della patologia del Sè*. In: *Psichiatria Psicoanalitica dell'adolescenza*, Roma, Borla:145-160.
- Palazzoli Selvini M (1963). *L'anoressia mentale*. Feltrinelli, Milano.
- Papciak AS, Feuerstein M, & Spiegel JA (1985). Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. *Journal of Human Stress*, 11, 135–142.
- Parker JDA, Bagby RM, Taylor GJ, Endler NS, & Schmitz P (1993). Factorial validity of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221–232.
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, & Post RM (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285–293.
- Ray WJ, June K, Turaj K & Lundy R (1992). Dissociative experiences in a college age population: A factor analytic study of two dissociation scales. *Personality and Individual Differences*, 13,417–424.
- Ricoeur P (1993). *Sé come un altro*. Jaca Book, Milano
- Riley KC (1988). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449–450.
- Ross CA, Joshi S, & Currie R (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1547–1552.
- Ross CA, Miller SD, Bjornson L, Reagor P, Fraser GA, & Anderson G (1991). Abuse histories in 102 cases of multiple personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 97–101.
- Sanders B, McRoberts G, & Tollefson C (1989). Childhood stress and dissociation in a college population. *Dissociation*, 2, 17–23.
- Schilder P (1935). *The image and appearance of the human body*. Kegan Paul, London.
- Semenza C, & Zettin M (1989). Evidence from aphasia for the role of proper names as pure referring expressions. *Nature*, 342, 678–679.
- Shipko S, Alvarez WA, & Noviello N (1983). Towards a teleological model of alexithymia: Alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 39, 122–126.
- Stanghellini G (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the self. *Eating Weight Disord*, 10: 2.
- Thibierge S (1999). *L'image et le double. La fonction spéculaire en pathologie*. *Psychanalyse et clinique*. Erès, Toulouse.
- Vanderlinden et al (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1993 Mar;13(2):187-93.
- Wallon H (1931). Comment se développe chez l'enfant la notion du corps propre. *J Psychol.*, 28:705-748.
- William G (1997). Reflections in some dynamics of eating disorders: non entry defences and foreign bodies. *Int.J.psychoanal* 78,937.41.

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Alessandro Carano, Psichiatra presso il Servizio Diagnosi e Cura di Civitanova Marche c/o Ospedale Civile, via Ginevri 1, Civitanova Marche (MC) - Dipartimento di Oncologia e Neuroscienze, Istituto di Psichiatria – Università degli Studi di Chieti, e-mail: alessandro.carano@gmail.com