



PRESENTAZIONE PROGETTO DI RICERCA

1. Utilizzatore: SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

2. Titolo del progetto di ricerca:

Alessitimia, Metacognizione e Teoria della mente in bambini e ragazzi con sintomatologia ansioso-depressiva.

3. Parole chiave: Depressione, Ansia, Alessitimia, Metacognizione, Theory of mind (ToM)

4. Responsabile del progetto di ricerca: Professor Vincenzo Guidetti

Dipartimento o Struttura di afferenza: Dip. Pediatria e Neuropsichiatria Infantile

Indirizzo: Via dei Sabelli, 108, 00185 - Roma

Recapiti telefonici: 06. 49972967

e-mail: vincenzo.guidetti@uniroma1.it

5. Stabilimento utilizzatore:

Dip. Neuropsichiatria Infantile

Indirizzo: Via dei Sabelli, 108, 00185 – Roma

6. Durata del progetto di ricerca: 12 mesi

7. Descrizione dei fini del progetto di ricerca: Ricerca di base

8. INTRODUZIONE

Un'ampia letteratura di orientamento psicobiologico, psicodinamico e cognitivo (Pennebaker et al., 1990; Temoshok, 2000; Solano, 2013) ha sottolineato l'importanza dell'espressione delle emozioni per il benessere fisico e psicologico dell'individuo, rilevando gli effetti dannosi della loro inibizione.

L'inibizione delle emozioni rappresenta un processo fisiologicamente costoso per l'organismo, con effetti negativi a carico di diversi sistemi. Esso infatti comporta un'iperattivazione cronica del Sistema Nervoso Autonomo (SNA) che incrementa la vulnerabilità psicobiologica, configurandosi come fattore di rischio per numerose malattie psicologiche e somatiche.

Una vasta tradizione di ricerca ha fornito numerose evidenze sulla connessione fra lo stato di salute e i processi di regolazione affettiva (Taylor et al., 1997; Taylor e Bagby, 2004).

In quanto espressione di una scarsa capacità di riconoscimento ed elaborazione delle emozioni, attualmente l'alessitimia tende ad essere considerata un indice di disregolazione affettiva (Taylor et al., 1997; Caretti et al., 2005).

L'alessitimia rappresenta una dimensione psicologico-clinica transnosografica che si estende lungo un continuum dal normale al patologico, a seconda del livello di difficoltà a comprendere e comunicare le esperienze emotive. Tale dimensione è riscontrabile non solo in campioni clinici ma anche in soggetti che non soddisfano i criteri diagnostici per psicopatologie o in soggetti con patologie organiche conclamate (Caretto e La Barbera, 2005).

Il costrutto di alessitimia (dal greco *a*=mancanza, *lexis*=parola, *thymos*=emozione: mancanza di parole per le emozioni), introdotto da Sifneos (1973) sulla base di osservazioni cliniche, comprende:

- a) la difficoltà nel distinguere e descrivere le emozioni e le sensazioni somatiche derivanti dall'arousal emozionale;
- b) una limitata capacità immaginativa;
- c) uno stile di pensiero concreto ed orientato verso la realtà esterna.

Le persone alessitimiche hanno difficoltà a comunicare verbalmente agli altri il proprio disagio emotivo e non riescono a considerare le altre persone come fonti di conforto, di tranquillità, di feedback e di aiuto nella regolazione emotiva.

La scarsità della vita immaginativa, inoltre, limita la loro possibilità di modulare le proprie emozioni negative, attraverso i ricordi, le fantasie, i sogni ad occhi aperti, il gioco, ecc.

L'incapacità di verbalizzare le proprie emozioni non va considerata quindi come una difficoltà di tipo esclusivamente espressivo ma come una vera e propria limitazione nella possibilità di elaborare le emozioni e di costruire un proprio mondo interno.

Lo stile cognitivo "orientato all'esterno", cioè la focalizzazione dell'attenzione sull'esterno piuttosto che sulla vita interiore, può portare ad amplificare e fraintendere le sensazioni somatiche.

Secondo Fonagy (1991), un prerequisito fondamentale per il riconoscimento e la regolazione autonoma delle emozioni sarebbe costituito dalla capacità di mentalizzazione, ossia la capacità di rappresentare mentalmente gli aspetti consci e inconsci di sé e dell'altro, di riflettere sugli stati mentali (sentimenti, desideri, intenzioni, atteggiamenti) propri e altrui.

Solo attraverso tale capacità sarebbe possibile comprendere la natura contestuale, transitoria e relazionale delle proprie emozioni, costruire teorie sulla relazione tra emozioni e eventi ambientali specifici, elaborare per ciascuna emozione un'adeguata descrizione verbale (Liotti, 2001).

Alla luce di queste considerazioni, la capacità di teoria della mente, intesa come l'abilità di immaginare o dedurre pensieri e sentimenti altrui, potrebbe essere influenzata o potrebbe essa stessa influenzare le capacità di metacognizione ed i livelli di alessitimia.

L'alessitimia è stata ampiamente studiata sia nella popolazione clinica che in quella non clinica, spesso per approfondire il ruolo di tale costrutto nella genesi di disturbi psicopatologici.

In campioni adulti, sia clinici che non clinici, diversi studi (Hendryx et al., 1991; Honkalampi et al., 2000 e 2001; Besharat, 2008; Celikel et al., 2010) hanno rilevato correlazioni significative dei livelli di alessitimia, valutati con la *20-item Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20), sia con i sintomi depressivi, valutati con il *Beck Depression Inventory* (BDI), che con i sintomi ansiosi, valutati con lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) o con il *Beck Anxiety Inventory* (BAI).

Correlazioni analoghe tra alessitimia, sintomi ansiosi e sintomi depressivi sono state rilevate da Karukivi et al. (2010) in un campione di adolescenti di età compresa tra i 17 e i 21 anni, a cui sono stati somministrati la TAS-20, una versione ridotta del BDI (RBDI) e lo STAI, e da Honkalampi et al. (2009) in un campione di adolescenti finlandesi di età compresa tra i 13 e i 18 anni, a cui sono stati somministrati la TAS-20, il BDI e lo *Youth Self-Report* (YSR).

Di Trani et al. (2013) hanno rilevato una correlazione significativa tra i livelli di alessitimia, valutati con la versione italiana dell'*Alexithymia Questionnaire for Children*, e la presenza di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti, valutati con lo YSR, in preadolescenti di età compresa tra gli 11 e i 14 anni.

La scarsità degli studi sulla relazione tra alessitimia e disturbi psicopatologici nei bambini è riconducibile alla mancanza, fino a tempi recenti, di strumenti psicometrici per la valutazione dell'alessitimia nei bambini.

Il ruolo della metacognizione nell'ambito dei disturbi internalizzanti in età evolutiva è stato più ampiamente indagato: diversi studi (Bacow et al., 2009; Irak, 2012; Esbjørn et al., 2012; Smith et al., 2013) hanno rilevato, in bambini e adolescenti, correlazioni significative tra la presenza di

credenze metacognitive negative e positive al *Metacognition Questionnaire for Children* (MCQ-C) e la quantità di sintomi internalizzanti autoriferiti.

Infine, una compromissione delle capacità di teoria della mente è stata rilevata in pazienti adulti con diagnosi di depressione (Wang et al., 2008; Wolkenstein et al., 2011), ma in letteratura non compaiono studi analoghi condotti su soggetti in età evolutiva.

9. OBIETTIVI DEL PROGETTO DI RICERCA

L'obiettivo di questo progetto di ricerca è quello di rilevare eventuali differenze tra bambini/ragazzi con una sintomatologia ansioso-depressiva ed un campione non clinico rispetto a:

- caratteristiche Alessitimiche (in particolare difficoltà ad identificare e descrivere le proprie emozioni);
- il livello di sviluppo metacognitivo raggiunto (ossia la consapevolezza della propria capacità e dei propri processi cognitivi);
- il livello di sviluppo della ToM raggiunto (ovvero l'abilità di comprendere gli stati interni altrui).

In seguito si intende verificare l'eventuale esistenza di relazioni tra le misure esaminate.

Anche per il gruppo di controllo è prevista la verifica dell'eventuale presenza di sintomi ansiosi e/o depressivi.

10. METODOLOGIA E TECNICA DELL'ESPERIMENTO

10.1 Campione

La ricerca prevede il reclutamento ed il successivo confronto di due campioni, uno sperimentale e uno di controllo.

Il campione sperimentale è costituito da 60 bambini con una sintomatologia ansioso-depressiva (30 bambini 8-10; 30 bambini 11-13) giunti in consultazione presso il Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile Policlinico Umberto I di Roma.

Il campione di controllo è costituito da soggetti sani con caratteristiche numeriche e demografiche comparabili a quelle del campione clinico.

Per l'avvio della ricerca e la somministrazione dei test sarà necessario il consenso informato dei genitori.

10.2 Strumenti

Per la valutazione della depressione si utilizza l'adattamento italiano, a cura di Camuffo et al. (1988), del *Children's Depression Inventory* (CDI) di Kovacs. Si tratta di un questionario di autovalutazione con lo scopo di quantificare una varietà di sintomi legati ai disturbi dell'umore, della capacità di provare piacere, delle funzioni vegetative, della stima di sé e del comportamento sociale.

Ciascuno dei 27 item di cui il test è composto prevede tre alternative di risposta: al soggetto viene chiesto di scegliere tra tre frasi, riguardanti una medesima area sintomatologica, quella che descrive meglio "i sentimenti e le idee che ha avuto nelle ultime due settimane".

Numerosi item indagano in modo specifico gli effetti della condizione depressiva in quei contesti che sono particolarmente rilevanti per il bambino o il ragazzo (ad esempio, la scuola).

L'esaminatore associa a ciascuna affermazione scelta un punteggio da 0 a 2, quindi il punteggio totale può andare da 0 a 54.

La somministrazione può essere individuale o collettiva e ha una durata inferiore ai 30 minuti.

Per la valutazione dei sintomi ansiosi si utilizza la versione italiana della *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC) di March et al. (1997). Si tratta di un questionario di autovalutazione costituito da 39 item: al soggetto viene chiesto di indicare quanto spesso è vera per lui ciascuna affermazione su una scala Likert a 4 punti (da "mai" a "sempre").

I punteggi ottenuti forniscono informazioni relativamente a diverse dimensioni:

- sintomi fisici (*physical symptoms*), che comprendono le sottoscale “tensione e agitazione” (T/R) e “sintomi somatici/autonomici” (S/A);
- evitamento (*harm avoidance*), che comprende le sottoscale “perfezionismo” (Per) e “fronteggiamento ansioso” (AC);
- ansia sociale (*social anxiety*), che comprende le sottoscale “umiliazione/rifiuto” (H/R) e “paura della prestazione pubblica” (PP);
- ansia da separazione (Sep).

Infine, il questionario permette di calcolare un punteggio totale (MASC Total), ossia il grado complessivo con in quale il soggetto sperimenta segni e sintomi di ansia, e un indice del disturbo d’ansia (*Anxiety Disorder Index*, ADI), ossia la tendenza del soggetto a sviluppare in futuro un disturbo d’ansia.

Per la valutazione delle caratteristiche alessitimiche si utilizza il Questionario per l’Alessitimia in età evolutiva, versione italiana (validata da Di Trani, 2009) dell’*“Alexithymia Questionnaire for Children”* (ACQ) proposto da Rieffe et al. (2006): si tratta di una versione semplificata della 20-Item *“Toronto Alexithymia Scale”* per adulti (TAS-20, Bagby et al., 1994), validata su un campione di bambini di 9-14 anni.

Il questionario mantiene lo stesso numero di item della scala per adulti, ricalcando gli stessi contenuti ma con un riadattamento linguistico che ne facilita la comprensione ai bambini, e propone 3 alternative di risposta invece che 5.

Si tratta quindi di un questionario di autovalutazione a 20 item basato su una scala Likert a 3 punti, dove ad ogni valore corrisponde una specifica dicitura:

- 0: per niente vero;
- 1: un po’ vero;
- 2: vero.

Al soggetto viene chiesto di fornire una risposta su quanto ritiene vera ciascuna delle 20 affermazioni. Nella valutazione dei dati, oltre alla somma totale dei punteggi ai 20 item, è possibile calcolare i punteggi agli item relativi alle tre dimensioni definenti il costrutto dell’alessitimia:

- 1) difficoltà nell’identificare i sentimenti (DIS)
- 2) difficoltà nel descrivere i sentimenti (DDS)
- 3) pensiero orientato all’esterno (POE)

Per la valutazione del livello di sviluppo metacognitivo si utilizza l’adattamento italiano del “Metacognitions Questionnaire for Children” (MCQ-C) di Bacow et al. (2009).

Il questionario è costituito da 24 items totali, riferibili a quattro diverse sottoscale:

- credenze metacognitive positive (*positive meta-worry*);
- credenze metacognitive negative (*negative meta-worry*);
- monitoraggio cognitivo (*cognitive monitoring*);
- superstizione, punizione e responsabilità (*superstition, punishment and responsibility*).

Al soggetto viene chiesto di indicare quanto è d’accordo con ciascuna affermazione su una scala Likert a 4 punti (da “per nulla d’accordo” a “completamente d’accordo”) e viene specificato che non esistono risposte giuste o sbagliate ma solo soggettive, legate al proprio modo di pensare. Nello scoring dei dati è possibile sommare gli items di ciascuna sottoscala per ottenere delle misure sui relativi costrutti. Il punteggio totale al test, dato dalla somma delle sottoscale, è considerato una misura generale dei processi di pensiero e della consapevolezza metacognitiva.

Per la valutazione del livello di sviluppo della Teoria della mente si utilizzano due test appartenenti al Dominio della Percezione Sociale compreso nella *Nepsy-II* (Korkman et al., 2007), una batteria per la valutazione neuropsicologica in età prescolare, scolare e adolescenziale (dai 3 ai 16 anni).

In particolare si indaga la capacità di interpretare le intenzioni e i punti di vista degli altri e di capire come questi influenzino i comportamenti delle persone attraverso due prove di teoria della mente.

S01. Teoria della Mente – Parte A (prova verbale)

Questo test valuta la capacità di comprendere i costrutti mentali come le credenze, le intenzioni, gli inganni, le emozioni, la fantasia e la finzione, così come la capacità di capire che gli altri hanno propri pensieri, idee e sentimenti che possono essere diversi dai nostri.

Al bambino vengono letti vari scenari o mostrate diverse figure, dopodiché gli vengono poste domande le cui risposte richiedono la comprensione del punto di vista dell'altro.

Questa parte prevede 15 item, per ciascuno dei quali si registra la risposta fornita dal soggetto cercando il corrispettivo punteggio.

Infine si sommano i punteggi di tutti gli item della parte.

S02. Teoria della Mente – Parte B (prova contestuale)

Questo test valuta la capacità di capire come le emozioni si collegano ad un contesto sociale e la capacità di riconoscere l'appropriato stato d'animo collegato ai vari contesti sociali.

Al bambino viene mostrata una figura che rappresenta un determinato contesto sociale e gli viene chiesto di scegliere una foto, su quattro possibili alternative, che raffigura l'appropriato stato d'animo di una delle persone nella foto.

Questa parte prevede 8 item, per ciascuno dei quali si registra la risposta fornita dal soggetto e si assegna il corrispettivo punteggio. Infine si sommano i punteggi di tutti gli item della parte.

Per ottenere il punteggio totale si sommano i punteggi delle due parti (A+ B).

11. RISULTATI ATTESI

Dal presente progetto di ricerca ci si aspetta di riscontrare, nei bambini con sintomatologia ansioso-depressiva, differenze rispetto al gruppo di controllo nei tre costrutti esaminati, che vadano a fornire indicazioni sul ruolo di tali parametri nell'ambito dei disturbi internalizzanti.

Per quanto concerne l'alessitimia, si attendono risultati coerenti con quelli ottenuti in studi analoghi condotti su soggetti adulti (Hendryx et al., 1991; Honkalampi et al., 2000 e 2001; Besharat, 2008; Celikel et al., 2010) e adolescenti (Honkalampi et al., 2009; Karukivi et al., 2010), ove è stata riscontrata una correlazione significativa tra tratti alessitimici e sintomatologia ansioso-depressiva.

In modo analogo, nei soggetti sperimentali si attende un minor sviluppo delle capacità di teoria della mente, coerentemente a quanto già rilevato da studi condotti su pazienti adulti (Wolkenstein et al., 2011; Wang et al., 2008).

Infine, nei bambini con sintomi ansiosi e depressivi, si attendono alterazioni delle capacità metacognitive, che risulterebbero in linea con i risultati di ricerche precedenti (Bacow et al., 2009; Irak, 2012; Esbjørn et al., 2012; Smith et al., 2013).

12. CONCLUSIONI

Il presente progetto ha aspetti di grande originalità, valore scientifico e didattico-formativo. Infatti, data la scarsa letteratura esistente sul tema, rappresenta un avanzamento della conoscenza in questo campo.

Tale progetto possiede anche aspetti di valore sociale e traslazionale, potendo fornire utili indicazioni per la presa in carico di bambini con un quadro ansioso-depressivo e per la messa in atto di interventi riabilitativi che siano volti alla promozione dell'espressività del vissuto emotivo.

Infine, il presente progetto apre la strada a nuove ricerche e ulteriori approfondimenti.

13. BIBLIOGRAFIA

Angold, A. e Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology*, 4(1), 5-28.

Bacow, T.L., Pincus, D.B., Ehrenreich e J.T., Brody, L.R. (2009). The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6), 727-736.

Besharat, M.A. (2008). Relations between alexithymia, anxiety, depression, psychological distress, and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 10(3), 17-40.

Camuffo, M., Cerutti, R., Lucarelli, L., Mayer, R. (a cura di). (1988). C.D.I. (Children's Depression Inventory) di Maria Kovacs - Fascicolo di somministrazione - adattamento italiano. Organizzazioni Speciali, Firenze.

Caretti, V. e La Barbera, D. (2005). Alessitimia. Valutazione e trattamento. Casa Editrice Astrolabio - Ubaldini Editore, Roma.

Caretti, V., La Barbera, D., Capraro, G. e Mangiapane, E. (2005). L'alessitimia come disregolazione degli affetti, in *Alessitimia. Valutazione e trattamento*, Astrolabio, Roma, p.25-45.

Celikel, F.C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumurcu, B. E. e Cloninger, C. R. (2010). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 64-70.

Di Trani, M., Tomassetti, N., Bonadies, M., Capozzi, F., De Gennaro, L., Preseghi, F. et al. (2009). Un Questionario Italiano per l'Alessitimia in Età Evolutiva: struttura fattoriale e attendibilità. *Psicologia della salute*, 2, 131-143.

Di Trani, M., Tomassetti, N., Capozzi, F., Solano, L., Romani, M. e Levi, G. (2013). Alexithymia, internalizing, externalizing and obsessive-compulsive symptomatology in pre-adolescence: an empirical study on 160 subjects. *Rassegna di Psicologia*, 77-94.

Esbjørn, B.H., Sømhøvd, M.J., Holm, J.M., Lønfeldt, N.N., Bender, P.K., Nielsen, S.K. et al. (2013). A structural assessment of the 30-item metacognitions questionnaire for children and its relations to anxiety symptoms. *Psychological Assessment*, 25(4), 1211-1219.

Hendryx, M.S., Haviland, M.G. e Shaw, D.G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of personality assessment*, 56(2), 227-237.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J. e Viinamäki, H. (2001). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, 42(3), 229-234.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. e Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48 (1), 99-104.

- Honkalampi, K., Tolumen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.L., Kylma, J. e Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), 263-268.
- Irak, M. (2012). Standardization of turkish form of metacognition questionnaire for children and adolescents: the relationships with anxiety and obsessive-compulsive symptoms. *Turkish Journal of Psychiatry*, 23(1), 47-54.
- Karukivi, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K-M., Liuksila, P-R., Joukamaa, M. et al. (2010). Alexithymia is associated with anxiety among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 125 (1-3), 383-387.
- Korkman, M., Kirk, U. e Kemp, S. (2007). NESPY II: a developmental neuropsychological assessment. The psychological corporation, Sant'Antonio TX.
- Liotti, G. (2001). Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- March, J.S., Parker, J.D., Sullivan, K., Stallings, P. e Conners, C.K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 554-565.
- Pennebaker, J.W., Colder, M. e Sharp, L.K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 528-537.
- Rieffe, C., Oosterveld, P. e Meerum Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences*, 40, 123-133.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Smith, K.E. e Hudson, J.L. (2013). Metacognitive Beliefs and Processes in Clinical Anxiety in Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(5), 590-602.
- Solano, L. (2013). Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute. Raffaello Cortina Editore.
- Taylor, G.J. e Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M. e Parker, J.D.A. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness.
- Temoshok, L.R. (2000). Il ruolo dell'espressione delle emozioni nella promozione della salute. Il modello biocomportamentale dell'adattamento. *Psicologia della salute*, 3, 11-22.
- Wang, Y.G., Wang, Y.Q., Chen, S.L., Zhu, C.Y. e Wang K. (2008). Theory of mind disability in major depression with or without psychotic symptoms: a componential view. *Psychiatry Research*, 161 (2), 153-161.

Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E. e Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, 132 (1-2), 104-111.