



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

Corso di laurea in Scienze Psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e delle  
Relazioni interpersonali

**Elaborato finale**

**Emozioni sequestrate:  
rapporto tra alessitimia e dissociazione  
in adolescenza**

Trapped emotions: relationship between alexithymia  
and dissociation in adolescence

*Relatrice*  
*Prof.ssa Silvia Salcuni*

*Laureanda:*  
*Annarita Camilli*  
*Matricola: 2010468*

Anno Accademico: 2023/2024



# Indice

<b>Abstract .....</b>	<b>1</b>
<b>Capitolo 1: Introduzione: adolescenza come periodo di trasformazione e rinascita .....</b>	<b>3</b>
1.1. Adolescenza, identità e senso di smarrimento .....	3
1.2. Cambiamenti a livello cerebrale .....	5
1.3. Cambiamenti nel corpo e pubertà .....	8
1.4. Cambiamenti nelle relazioni: genitori e pari .....	10
<b>Capitolo 2: Alessitimia e Disturbi Dissociativi .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 Alessitimia .....</b>	<b>12</b>
2.1.1 Modelli teorici .....	14
2.1.2 Epidemiologia .....	18
2.1.3 Eziologia .....	19
2.1.4 Strumenti per la diagnosi .....	20
2.1.5 Comorbidità con altri disturbi .....	22
2.1.6 Trattamento .....	23
<b>2.2 Disturbi dissociativi .....</b>	<b>25</b>
2.2.1 Dissociazione .....	25
2.2.2 Disturbi dissociativi .....	28
2.2.2.1 Disturbo dissociativo dell'identità (DID) .....	29
2.2.2.2 Amnesia dissociativa (DA) .....	31
2.2.2.3 Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (DDD) .....	32
2.2.2.4 Disturbo dissociativo con altra specificazione (OSDD) .....	33
2.2.2.5 Disturbo dissociativo senza specificazione (UDD) .....	34
2.2.3 Epidemiologia .....	34
2.2.4 Eziologia .....	35

2.2.5	Strumenti per la diagnosi .....	36
2.2.6	Comorbidità con altri disturbi .....	37
2.2.7	Trattamento .....	37
<b>2.3</b>	<b>Alessitimia e dissociazione in adolescenza .....</b>	<b>39</b>
<b>Capitolo 3:</b>	<b>Review .....</b>	<b>40</b>
3.1	Obiettivi e ipotesi .....	40
3.2	Metodo: Prisma Study .....	41
3.2.1	Descrizione degli articoli e risultati .....	52
3.2.2	Interpretazione dei risultati in funzione dell'attuale cornice teorica .....	54
3.3	Limiti degli studi .....	56
<b>Capitolo 4:</b>	<b>Conclusioni e sviluppi futuri .....</b>	<b>58</b>
<b>Sitografia</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>.....</b>	<b>60</b>

## ABSTRACT

L'adolescenza si configura come una fase di sviluppo di estrema fragilità e rilevanza, nella quale ha luogo una totale trasformazione dell'individuo. Per la pervasività dei cambiamenti che si verificano, essa viene concepita come una «nuova rinascita» (Hall, 1904). Le vulnerabilità che contraddistinguono questo periodo espongono l'adolescenza a un maggiore rischio di sviluppare disturbi psicopatologici (Polanczyk et al., 2015). L'obiettivo di questa revisione sistematica è indagare il rapporto tra alessitimia e dissociazione in un campione di adolescenti, ovvero soggetti di età compresa tra i 10 e i 19 anni (APA Dictionary of Psychology, 2018), ipotizzando che lo stress e il disagio derivati dalle sfide che l'adolescente si trova ad affrontare, amplificati da caratteristiche alessitimiche, possano sfociare in fenomeni dissociativi. I risultati confermano l'esistenza di una significativa associazione tra i livelli di alessitimia e i livelli di dissociazione. In particolare, mentre la “difficoltà a identificare le emozioni” risulta essere la caratteristica alessitimica maggiormente associata alla sintomatologia dissociativa, tale relazione risulta di lieve entità prendendo in considerazione la dimensione “stile di pensiero orientato all'esterno”. Non disponendo ancora di strategie di regolazione emotiva sufficientemente mature, l'adolescente utilizza l'alessitimia e la dissociazione come strategie per affrontare il disagio e lo stress esperiti. Le manifestazioni alessitimiche e dissociative risultano, entro un certo limite, una caratteristica fisiologica del periodo adolescenziale.

Nonostante sia stata verificata l'esistenza di una rilevante associazione tra alessitimia e dissociazione, il numero esiguo di ricerche condotte sulla popolazione adolescenziale non permette di stabilire con certezza la natura della relazione tra i due costrutti, in particolare l'esistenza di un rapporto di causalità.



## CAPITOLO 1

### INTRODUZIONE: ADOLESCENZA COME PERIODO DI TRASFORMAZIONE E RINASCITA

*«Sento il tuo disordine  
e lo comparo al mio. C'è  
somiglianza. C'è lo stesso slabbro  
di ferite identiche. C'è tutta la voglia  
di un passo largo in una terra  
sgombra che non troviamo.  
Sento il tuo respiro schiacciato  
lo sento somigliante  
ti sento piano morire  
come me che non controllo  
l'accensione del sangue.*

*Anch'io cerco una libertà che mi  
sbandieri, una falcata  
perfetta, uno stacco d'uccello  
dal suo ramo, quando si butta  
improvviso e poi plana.»*

*(Senza polvere senza peso, Mariangela Gualtieri, 2006)*

#### 1.1 Adolescenza, identità e senso di smarrimento

L'adolescenza, collocata temporalmente tra la pubertà (intorno ai 10-12 anni) e i 19 anni, è un periodo dello sviluppo che sancisce la transizione dall'infanzia all'età adulta e determina modificazioni sul piano somatico, psichico, cognitivo e sociale. Viene concepita da Hall (1904) come una «nuova rinascita» poiché i naturali cambiamenti che avvengono in questa fase comportano un totale rinnovamento rispetto all'infanzia e la creazione di un nuovo individuo. L'immaginario collettivo, che descrive l'adolescenza come un periodo distruttivo, incontrollabile e immaturo, può avere un impatto deleterio sull'adolescente, il quale interiorizza le aspettative proiettate su di lui e si conforma ad esse, limitandone l'espressione delle potenzialità. Risulta fondamentale supportare l'individuo lungo questo rigoglioso seppur arduo percorso, che porta allo sviluppo delle competenze necessarie ad affrontare la vita adulta.

Maturando le capacità cognitive, in particolare il pensiero astratto e logico, egli affina l'introspezione, la pianificazione del futuro, la facoltà di giudizio e il problem-solving (Dumontheil, 2014). Il mondo interiore raggiunge una maggiore complessità e si arricchisce di aspirazioni, desideri, progetti, riflessioni e domande sulla vita e sul proprio posto nel mondo, che alimentano un continuo processo di crescita interiore (Damon & Hart, 1982).

L'adolescente inizia a porsi domande sulla propria natura, chi è e chi aspira a diventare in futuro, prefigurando come obiettivo primario la costruzione di un'identità nuova, coerente e socialmente riconosciuta, che integri armoniosamente al suo interno i mutamenti avvenuti e mantenga un senso di continuità e coerenza con l'identità infantile (Erikson, 1968). All'interno di questo processo di auto-costruzione, risulta saliente il giudizio e le percezioni dell'altro significativo, che influenzano la costruzione del proprio concetto di sé (*self-looking glass*) e l'autostima (Cooley, 1902).

Nonostante le innumerevoli conquiste che derivano da questo percorso, esso costituisce un momento di estrema fragilità per l'adolescente e per coloro che gli stanno attorno. Un corpo che non riconosce e non controlla, il turbine di emozioni nuove e intense che deve imparare a gestire e comprendere, la pressione esterna che lo spinge ad abbandonare le sicurezze dell'infanzia per acquisire maggiore autonomia e responsabilità, sono solo alcune delle difficoltà che l'individuo si trova ad affrontare. A fronte di tutte queste novità e trasformazioni, l'adolescente può sperimentare vissuti di sopraffazione e smarrimento, mettendo costantemente in dubbio l'identità in costruzione e dubitando di possedere le capacità necessarie per affrontare questo percorso. Si configura come un periodo di estrema vulnerabilità e incertezza, nel quale le sicurezze dell'infanzia vengono abbandonate per lasciare il posto all'ignoto del futuro. Alcuni studi hanno dimostrato come l'intolleranza all'incertezza (IU)<sup>1</sup> possa costituire un fattore di

---

<sup>1</sup> L'*intolerance of uncertainty* (IU) viene definita come la tendenza a rispondere negativamente a livello emozionale, cognitivo e comportamentale a situazioni o eventi incerti e/o sconosciuti, indipendentemente dalla probabilità che si possano verificare esiti negativi (Buhr & Dugas, 2002)



rischio all'insorgere di psicopatologia, in particolare in adolescenza (Bottesi, 2023; McEvoy & Mahoney, 2012). Diventa quindi essenziale prestare particolare attenzione ai segnali di malessere manifestati dell'adolescente poiché le vulnerabilità e cambiamenti che caratterizzano questa fase evolutiva lo espongono a una maggiore probabilità di sviluppare psicopatologie gravi e persistenti (Fairchild, 2011; McLaughlin & King, 2015; Polanczyk et al., 2015).

## **1.2 Cambiamenti a livello cerebrale**

Grazie alle tecniche di risonanza magnetica (RM) è stato possibile osservare le trasformazioni cerebrali che avvengono durante il periodo adolescenziale e come esse si riflettono sul comportamento. Di particolare rilevanza sono i processi di mielinizzazione e pruning (“potatura”) sinaptico, i quali determinano una maggiore integrazione delle strutture cerebrali e la comparsa di nuove capacità. Il primo processo prevede l'incremento della sostanza bianca, una parte del sistema nervoso centrale composta da fibre nervose che collegano le aree del cervello e il midollo spinale (APA Dictionary of Psychology, 2018). Tali fibre sono ricoperte da mielina<sup>2</sup>, la cui quantità raddoppia in varie aree del cervello durante l'adolescenza, determinando un incremento nella velocità e nell'efficienza della trasmissione dei segnali nervosi (Barnea-Goraly et al., 2005; Nielsen, 1963; Yakovlev & Lecours, 1967). Il secondo processo, (innescato da geni, esperienza e/o stress), comporta l'eliminazione selettiva delle sinapsi inutilizzate, permettendo al cervello di specializzarsi e migliorare l'efficienza neuronale (APA Dictionary of Psychology, 2018). All'inizio dell'adolescenza, infatti, si verifica un nuovo periodo di sinaptogenesi, che favorisce la creazione di nuove connessioni (sinapsi) tra i neuroni. La densità di materia grigia, la cui curva di sviluppo segue un andamento a U rovesciata, raggiunge il picco intorno agli 11 anni nelle ragazze e ai 12 anni nei ragazzi (Giedd et al., 1999; Giedd, 2004; Lenroot & Giedd, 2006).

---

<sup>2</sup> Strato lipidico isolante che riveste l'assone neuronale (APA Dictionary of Psychology, 2018)

Particolare attenzione è stata rivolta alle alterazioni strutturali e funzionali che si verificano nella corteccia prefrontale, sede delle funzioni cognitive di alto livello, in particolare delle funzioni esecutive, che consentono di pianificare, organizzare, controllare e inibire il comportamento (Alvarez & Emory, 2006; Miyake et al., 2000). La corteccia prefrontale è la struttura che subisce il maggior rimodellamento durante l'adolescenza e le aree che la compongono seguono traiettorie di sviluppo differenti, raggiungendo la piena maturità intorno ai 25 anni, o più tardi (Shaw et al., 2008). Nello specifico, è stato osservato che la corteccia orbitofrontale (OFC) matura più rapidamente rispetto alla corteccia dorsolaterale (DLPFC), che rappresenta l'ultima area a raggiungere la piena maturazione (Lenroot & Giedd, 2006).

Nella corteccia orbitofrontale (che coinvolge strutture come l'amigdala e il nucleo accumbens), i processi di elaborazione delle informazioni e di decision making avvengono in modo automatico e sono mediati dalle emozioni (Sanfey et al., 2006). La corteccia dorsolaterale (in cui è collocato il circuito del controllo) permette di prendere decisioni mediante processi di elaborazione cognitiva controllati e consci, mantenendo un controllo sulle emozioni e gli impulsi (Sanfey et al., 2006). Seppur entrambi i sistemi vengano attivati quando dobbiamo prendere una decisione, durante l'adolescenza la corteccia orbitofrontale esercita una maggiore influenza. La discrepanza maturativa che caratterizza queste due aree, entrambe coinvolti nel *decision making*, permetterebbe di spiegare parzialmente l'impulsività che caratterizza questa fase della vita (Powell, 2006).

Il comportamento dell'adolescente sembra essere particolarmente influenzato anche dalle variazioni che avvengono a carico del circuito della ricompensa, (implicato nella regolazione e nel controllo del comportamento in vista di futuri rinforzi), il quale presenta un'elevata responsività (Galvan, 2010; Galvan, 2021; Steinberg, 2008; Wahlstrom et al., 2010a, 2010b; Walker et al., 2017). Sebbene durante l'adolescenza si registri un livello base di dopamina inferiore rispetto alle altre fasi (Andersen & Gazzara, 1993; Stamford, 1989), tale

neurotrasmettitore viene rilasciato in grandi quantità in risposta a stimoli gratificanti, generando sensazioni di intenso piacere (Laviola et al., 2001). Il rilascio di dopamina da parte del circuito agisce da rinforzo poiché ci spinge a ripetere i comportamenti che hanno fornito gratificazione, innescando il meccanismo della dipendenza. Da tali alterazioni derivano alcune rilevanti implicazioni, quali la tendenza a sperimentare frequenti vissuti di noia, ricerca costante di esperienze nuove e intense (*sensation-seeking*), incremento dell'impulsività, maggiore predisposizione a sviluppare dipendenze e tendenza a mettere in atto comportamenti potenzialmente rischiosi (Galvan, 2010; Galvan, 2021; Icenogle & Cauffman, 2021; Steinberg, 2004; Steinberg et al., 2008; Wahlstrom et al., 2010a, 2010b).

Ne deriva inoltre il pensiero iper-razionale, un modo di pensare in termini concreti che porta ad esaltare i possibili esiti positivi, minimizzando la gravità dei rischi e degli esiti negativi. Gli adolescenti sono consapevoli dei potenziali pericoli, tuttavia, attribuiscono maggior valore ai possibili benefici immediati: brivido, divertimento, eccitazione, ecc. (Siegel, 2014). Tale effetto è amplificato dalla presenza dei pari (Gardner & Steinberg, 2005).

Secondo Siegel (2014), i cambiamenti cerebrali sopracitati determinano la comparsa di quattro caratteristiche mentali, tipiche della fase adolescenziale, racchiuse nell'acronimo *ESSEN*.

- *Esplorazione creativa*

Le nuove capacità di pensiero concettuale e ragionamento astratto permettono di adottare un approccio creativo alla lettura della realtà, favorendo l'adozione di strategie innovative nella risoluzione dei problemi e mettendo in discussione tradizioni e convenzioni. Oltre a favorire l'intraprendenza e l'autonomia, impedisce di essere sopraffatti dalla routine. Sebbene tale caratteristica costituisca una risorsa non solo per l'adolescente ma anche per la società, essa può provocare crisi di identità, disorientamento, mancanza di scopi e vulnerabilità alla pressione dei pari.

- *Socialità intensa*

Le relazioni con i coetanei vengono vissute con maggiore trasporto e intensità e ciò porta alla costruzione di legami sociali più profondi, che costituiscono una fonte di sostegno e gratificazione imprescindibile. Tuttavia, il naturale distacco dalle figure genitoriali che ne deriva, espone maggiormente l'adolescente al rischio.

- *Effervescenza emotiva*

Il periodo adolescenziale è caratterizzato da una maggiore emotività, che può costituire sia una risorsa che uno svantaggio: se da un lato le emozioni e le sensazioni interiori diventano travolgenti e fonte di carica vitale, dall'altro esse possono diventare ingestibili e sopraffare l'adolescente, determinando impulsività, sbalzi d'umore e reattività accentuata.

- *Novità*

I cambiamenti che si verificano a livello dei circuiti cerebrali determinano un forte desiderio e propensione verso le nuove esperienze. Tale caratteristica può portare l'adolescente a sottostimare i pericoli pur di sperimentare sensazioni intense e gratificanti.

### **1.3 Cambiamenti nel corpo e pubertà**

Le normali difficoltà che l'adolescente deve affrontare in questa delicata fase della vita vengono amplificate dalla pubertà<sup>3</sup>, che determina dirompenti cambiamenti sul piano fisico, mentale e ormonale. I cambiamenti puberali possono destabilizzare l'adolescente, che si sente intrappolato in un corpo che non riconosce e non riesce a controllare, travolto da emozioni nuove e intense.

---

<sup>3</sup> La pubertà viene definita come un periodo caratterizzato da un incremento della velocità di crescita, comparsa dei caratteri sessuali secondari e modificazioni psicologiche, che si verifica tra i 10 e i 14 anni nelle femmine e tra gli 11 e i 15 nei maschi (<https://www.treccani.it/enciclopedia/puberta/>)

Il corpo inizia a perdere le precedenti connotazioni infantili e ad assumere i caratteri sessuali secondari, manifestando su un piano concreto la progressiva acquisizione di un nuovo ruolo, quello adulto. Le trasformazioni corporee, che avvengono in maniera repentina e inattesa, possono essere vissute con forte disagio e timore dall'adolescente, il quale vede concretizzarsi la perdita della precedente identità infantile e può risultare insoddisfatto dei cambiamenti corporei avvenuti. Il corpo diventa il fulcro delle attenzioni e delle preoccupazioni, soprattutto connesse al potenziale giudizio negativo dei coetanei. Cash (2002) definisce l'immagine corporea come un «insieme di percezioni e atteggiamenti di ciascuno collegati al proprio corpo, tra cui pensieri, convinzioni, sentimenti e comportamenti». Egli distingue tra *body image evaluation*, legata alla valutazione cognitiva e ai sentimenti ad essa connessi, e *body image investment*, relativa all'importanza rivestita dall'aspetto fisico. La costruzione di un'immagine corporea negativa sembra essere connessa a una percezione di sé in termini negativi (Cash, 2002). L'insoddisfazione corporea, prevalente negli adolescenti di sesso femminile (Heatherton et al., 1997; Tomori & Rus-Makovec, 2000), sembra essere legata al genere, BMI (Paxton et al., 2006), fattori socioculturali (Stice, 2002), discrepanza tra Sé ideale e Sé reale (Strauman et al., 1991), mass media, genitori e coetanei (Thompson et al., 1999). Essa, inoltre, sembra costituire un fattore di rischio per dismorfofobia<sup>4</sup> (Summers & Cogle, 2018), disturbi del comportamento alimentare (Attie & Brooks-Gunn, 1989; Keel et al. 2001; Killen et al., 1994), depressione (McLean et al., 2022; Rierdan & Koff, 1997), ansia (Kostanski & Gullone, 1998), uso di tabacco, abuso di alcool e di altre sostanze (Granner et al., 2002). Per il benessere psicofisico dell'adolescente, è fondamentale che egli sia in grado di attuare un processo di accettazione dei cambiamenti avvenuti, costruendo un rapporto sano e consapevole con il nuovo corpo e stabilendo un senso di continuità con l'immagine di sé precedentemente costruita.

---

<sup>4</sup> Il disturbo da dismorfismo corporeo è caratterizzato da una preoccupazione eccessiva per un difetto fisico inesistente o lieve, che si traduce in un controllo frequente del suddetto (<https://dictionary.apa.org/body-dysmorphic-disorder>).

La pubertà, inoltre, è caratterizzata da un innalzamento dei livelli ormonali gonadici, che si riflette sul funzionamento cerebrale e sul comportamento, rendendo precario l'equilibrio emotivo dell'adolescente, che alterna con estrema rapidità intensi vissuti emotivi contrastanti (Buchanan et al., 1992). Tali alterazioni ormonali sono accompagnate dalla comparsa delle pulsioni sessuali, che possono generare sentimenti di confusione e ansia nell'individuo, il quale si trova costretto a fronteggiare problematiche quali la scoperta e l'integrazione della propria identità sessuale (Bria & Rinaldi, 1999).

#### **1.4 Cambiamenti nelle relazioni: genitori e pari**

*«Quando un bambino capisce che gli adulti sono imperfetti, diventa adolescente.  
Quando li perdona, diventa adulto. Quando perdona sé stesso, diventa saggio»  
(Alden Nowlan)*

Nel corso dell'infanzia, a causa della completa dipendenza e simbiosi che caratterizza il rapporto con le figure di riferimento, il bambino elabora un'immagine fortemente idealizzata dei genitori, i quali costituiscono il principale oggetto d'amore e vengono percepiti come onnipotenti e perfetti (Tyson & Tyson, 1990).

Durante la transizione alla fase adolescenziale, l'immagine precedentemente costruita subisce una radicale trasformazione attraverso la deidealizzazione genitoriale, che rappresenta il primo passo verso l'autonomia (Blos, 1967). Secondo Blos (1967), in adolescenza si verifica il secondo processo di separazione-individuazione<sup>5</sup>, detto *soggettivizzazione*, in cui l'adolescente si distacca dalle figure primarie e costruisce una nuova identità, orientata verso una maggiore autonomia e indipendenza. Da tale processo, inoltre, deriva un'immagine più realistica dei genitori che integra pregi e difetti e facilita il progressivo allontanamento.

---

<sup>5</sup> Il processo di separazione-individuazione avviene tra il quarto mese e il terzo anno di vita e corrisponde alla "nascita psicologica" del bambino. Prevede la separazione concreta e psicologica dalla madre, con la quale costituisce una diade simbiotica (separazione) e il riconoscimento delle proprie caratteristiche individuali (individuazione).

È caratterizzato da quattro sottostadi: differenziazione, sperimentazione, riavvicinamento, costanza oggettuale.

La carica emozionale inizialmente diretta al nucleo familiare viene rindirizzata verso il gruppo dei pari, che costituiscono per l'adolescente un bisogno irrinunciabile (APA, 2006). All'interno di questo sistema, l'individuo trova il supporto e la comprensione necessari ad affrontare i repentini cambiamenti che si stanno verificando. Il confronto con i coetanei, inoltre, riveste un ruolo cruciale nella costruzione identitaria, fornendo all'adolescente una "palestra" in cui sperimentare le proprie capacità e modulare il proprio comportamento sulla base delle reazioni suscitate (Sherif & Sherif, 1964). Tuttavia, durante l'adolescenza i pari esercitano una forte influenza e ciò costituisce un fattore di rischio: al fine di ottenere l'approvazione da parte del gruppo ed evitare l'esclusione sociale, l'adolescente è maggiormente predisposto a mettere in atto comportamenti potenzialmente rischiosi (Tomova et al., 2021).

Sebbene in questa fase vengano privilegiati i rapporti con i coetanei a discapito di quelli familiari, il genitore costituisce ancora una base solida e un fattore protettivo per il benessere dell'adolescente: il supporto dei genitori permette di affrontare con minore difficoltà i problemi tipici della fase adolescenziale e riduce il rischio associato all'influenza dei pari (Bowlby, 1988; Hauser et al., 1991; Josselson, 1980). In particolare, uno stile educativo autorevole<sup>6</sup>, caratterizzato da un adeguato equilibrio tra affetto, promozione dell'autonomia, disciplina e controllo, sembra essere associato a una minore conflittualità tra genitori e adolescenti (Bi et al., 2018). Si evince che il distacco dai genitori non implica il completo rifiuto e isolamento da essi, bensì pone le basi per la costruzione di un rapporto fondato sull'interdipendenza, che permette di ricevere e fornire supporto pur mantenendo un certo grado di indipendenza. Durante l'adolescenza, i genitori hanno quindi l'arduo compito di gestire le frequenti dinamiche conflittuali che si instaurano con i figli, mantenendo aperto un canale di comunicazione basato sul rispetto e assecondando la naturale spinta all'autonomia e all'individuazione che li pervade.

---

<sup>6</sup> Diana Baumrind (1966, 1971) ha teorizzato l'esistenza di tre stili educativi genitoriali: autoritario, autorevole e permissivo.

## CAPITOLO 2

### ALESSITIMIA E DISTURBI DISSOCIATIVI

#### 2.1 Alessitimia

Il termine *alessitimia* (dal greco *a-* «mancanza», *lexis* «parola» e *thymos* «emozione», tradotto letteralmente «mancanza di parole per le emozioni») venne coniato da Sifneos e Nemiah nel 1970 per fare riferimento a un insieme di deficit di elaborazione cognitivo-emozionale che determinano una persistente difficoltà nel riconoscere e verbalizzare le emozioni. Freedman e Sweet (1954) furono tra i primi a individuare e descrivere tale condizione, (da loro definita *emotional illiteracy*, «analfabetismo emotivo»), in pazienti affetti da patologie psicosomatiche. L'alessitimia viene concepita come un tratto delle personalità relativamente stabile (Taylor & Bagby, 2012), un costrutto dimensionale normalmente distribuito nella popolazione generale, che si manifesta in misura e intensità differenti negli individui (Mattila et al., 2010; Parker et al., 2008).

Le caratteristiche essenziali dell'alessitimia sono (1) difficoltà a identificare e discriminare le proprie emozioni, (2) difficoltà ad utilizzare le parole per descrivere le emozioni, (3) difficoltà a distinguere le sensazioni a base corporea dalle emozioni, (4) stile di pensiero concreto e orientato all'esterno, (5) ridotte capacità immaginative (Nemiah & Sifneos, 1970; Taylor, 1984; Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1997; Taylor et al., 1985; Wallis & Ridout, 2022).

L'impovertimento della vita interiore e delle capacità immaginative si traduce in minori sogni ad occhi aperti e fantasie, ridotta capacità di empatizzare e assumere il punto di vista altrui, tendenza a focalizzarsi sulla componente fisiologica delle emozioni, carente introspezione, descrizione del mondo attraverso termini meccanicistici e deficit nell'interpretazione delle espressioni facciali (Aleman, 2005; Grynberg et al., 2012; Jongen et



al., 2014; Nemiah, 1977; Parker et al., 1993; Taylor & Bagby, 2000; Taylor et al., 1985; Taylor et al., 1999).

I soggetti con elevati livelli di alessitimia presentano significative difficoltà nei processi di regolazione emotiva e di conseguenza tendono a sperimentare più intensamente le emozioni negative rispetto a quelle positive (Preece et al., 2023).

Le difficoltà sperimentate sul piano emozionale, in particolare le scarse capacità empatiche, hanno un impatto deleterio sulle relazioni interpersonali: i soggetti alessitimici appaiono distaccati, freddi e disinteressati, nutrono scarsa fiducia e interesse nei confronti del prossimo e manifestano una forte tendenza alla conformità sociale e all'evitamento di rapporti interpersonali e intimità (De Rick & Vanheule, 2007; Humphreys et al., 2009; Taylor et al., 1997; Vanheule et al., 2006; Vanheule et al., 2007; Weinryb et al., 1996).

L'alessitimia costituisce un fattore di rischio transdiagnostico per un'ampia gamma di psicopatologie (Bankier et al., 2001; Taylor et al., 1999) e un predittore del funzionamento psicosociale in soggetti non-clinici (Ciarrochi et al., 2008; Mattila et al., 2009), risultando associata a minori livelli di soddisfazione di vita (Honkalampi et al., 2000).

### 2.1.1 Modelli teorici

Nel corso del tempo sono state sviluppate differenti prospettive teoriche in relazione al costrutto di alessitimia. I modelli teorici che hanno riscosso maggiore accordo tra gli studiosi sono quelli proposti da Taylor et al. (1997), Vorst e Bermond (2001) e l'attention-appraisal model (Fig. 1).

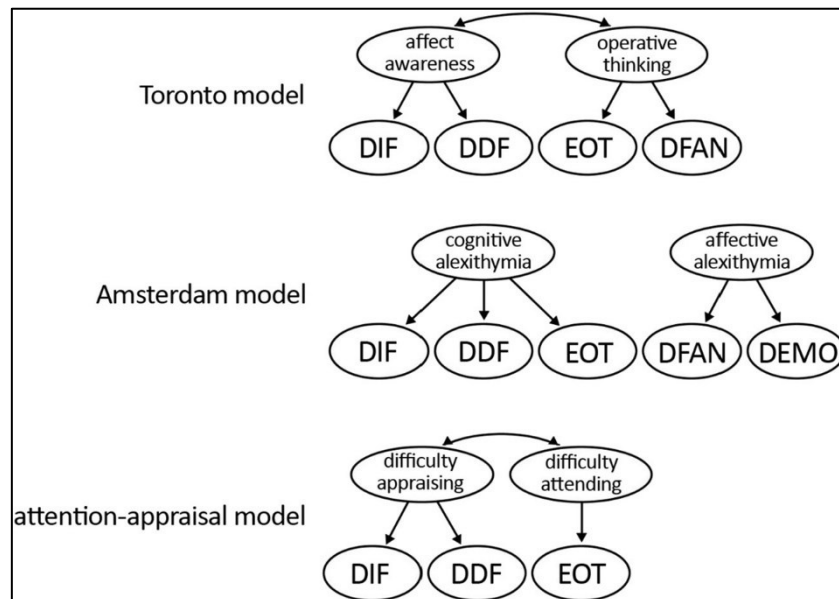


Figure 1 Modelli teorici del costrutto di alessitimia (Preece et al., 2017, p. 343)

Il modello proposto dal Gruppo di Toronto (Taylor, Bagby e Parker) nel 1997 concepisce l'alessitimia come un costrutto multidimensionale che comprende quattro fattori interrelati tra loro:

1. Difficoltà a identificare le proprie emozioni (DIF, *Difficulty Identifying one's own Feelings*)
2. Difficoltà a descrivere le proprie emozioni (DDF, *Difficulty Describing one's own Feelings*)
3. Stile di pensiero orientato verso la realtà esterna (EOT, *Externally Oriented Thinking style*), caratterizzato da una scarsa attenzione per il vissuto interiore

4. Ridotte capacità immaginative (DFAN, *Difficulty Fantasising*), che determinano assenti o scarsi sogni ad occhi aperti e fantasie

I fattori DIF e DDF costituiscono la componente “consapevolezza emotiva” (*affect awareness*), mentre i fattori EOT e DFAN formano la componente “pensiero operativo” (*operative thinking*) (Taylor et al., 1997). Uno dei riferimenti teorici di questo modello è la Teoria del Codice Multiplo (MCT) di Wilma Bucci (1997) che individua tre canali di elaborazione e rappresentazione dell’informazione: sub-simbolico (relativo agli stimoli non verbali, come emozioni e stimoli sensoriali, che vengono processati “in parallelo”), simbolico non verbale (relativo alle immagini mentali non traducibili in parole) e simbolico verbale (possibilità di verbalizzare i propri stati interni). Sulla base di questa concettualizzazione è possibile spiegare l’alessitimia come una mancanza di connessioni tra il canale sub-simbolico e quello simbolico verbale, a causa di un deficit dello sviluppo o di un evento traumatico (Epifanio et al., 2014).

Vorst e Bermond (2001), appartenenti al Gruppo di Amsterdam, hanno ripreso il modello formulato dal Gruppo di Toronto e hanno aggiunto un quinto fattore ai quattro precedentemente teorizzati (DIF, DDF, EOT, DFAN): la ridotta reattività emozionale (DEMO, *Difficulty Emotionalising*), definita come la tendenza a rispondere con una minore intensità emotiva agli eventi. Questi cinque fattori vengono combinati per formare due ampie dimensioni: *affective alexithymia*, costituita dai fattori DFAN e DEMO, e *cognitive alexithymia*, costituita dai fattori DIF, DDF e EOT. Vengono elaborati due sottotipi dell’alessitimia: *alessitimia di tipo I*, caratterizzata da deficit nelle componenti cognitiva e affettiva, che determinano una ridotta consapevolezza emotiva e una difficoltà nell’elaborazione cognitiva, precludendo l’esperienza emozionale e *alessitimia di tipo II*, in cui è compromessa esclusivamente la componente cognitiva e rimane intatto l’arousal emotivo (Bermond, 1995).

Mentre i fattori DIF, DDF e EOT risultano correlati positivamente tra loro, studi successivi hanno dimostrato che DFAN e DEMO non sono positivamente correlate con le altre

dimensioni e, di conseguenza, non risultano statisticamente adeguata a descrivere il costrutto di Alessitimia (Preece et al., 2017; Taylor et al., 1985; Vorst & Bermond, 2001; Watters et al., 2016).

Per superare i limiti delle precedenti teorizzazioni, Preece et. al (2017) hanno proposto il modello attenzione-valutazione (*attention-appraisal model*), costituito esclusivamente dalle dimensioni DIF, DDF e DFAN. Tale prospettiva affonda le proprie radici teoriche nel modello processuale della regolazione emotiva di Gross (2014), secondo il quale l'individuo elabora e regola le emozioni attraverso un sistema di valutazione costituito da quattro fasi (Fig. 2): *situation stage* (presenza di una situazione esterno o interno che induce una risposta emotiva), *attention stage* (il soggetto focalizza l'attenzione sulla situazione), *appraisal stage* (viene valutato il significato emotivo della situazione sulla base dei propri obiettivi personali), *response stage* (generazione di una risposta emotiva che può modificare la situazione che ha elicitato l'emozione iniziale).

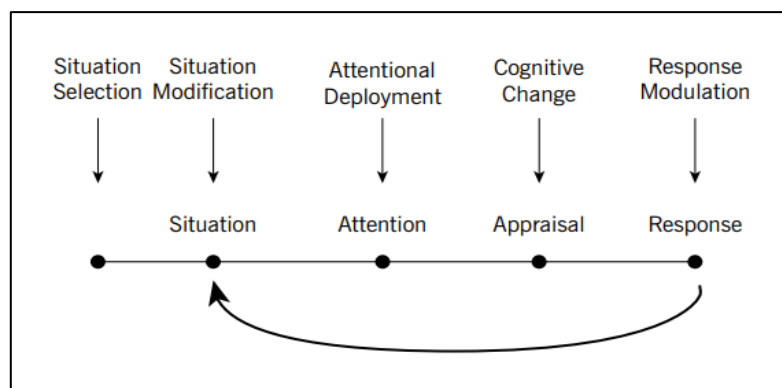


Figure 2 Modello processuale della regolazione emotiva (Gross, 2014, p. 7)

Partendo da questo modello, viene postulato che lo stile di pensiero orientato verso l'esterno (EOT) sia dovuto a una difficoltà nell'*attention stage*, mentre la difficoltà a identificare le emozioni (DIF) e la difficoltà a identificare le emozioni (DDF) siano dovute a una difficoltà nell'*appraisal stage* (Preece et al., 2017; Preece & Gross, 2023).

L'alessitimia viene concepita come una serie di difficoltà nel processo di regolazione emotiva, in particolare nelle fasi di *attention* e *appraisal* (Gross, 2015; Preece & Sikka, 2024),

che possono essere spiegate da schemi emotivi sottosviluppati e dall'utilizzo dell'evitamento esperienziali come strategia di regolazione emotiva (Preece et al., 2017; Preece & Gross, 2024). Tali difficoltà possono essere comprese attraverso il modello cognitivo-evolutivo di Lane e Schwartz (1987), che teorizza l'esistenza di cinque livelli di sviluppo:

I. *Sensorimotor reflexive*

Il soggetto è in grado di sperimentare esclusivamente la componente corporea delle emozioni, le quali non vengono discriminate ma percepite come uno stato di arousal globale.

II. *Sensorimotor enactive*

L'emozione viene sperimentata sia sottoforma di sensazione corporea che di tendenza all'azione.

III. *Preoperational*

Il soggetto diventa in grado di costruire una rappresentazione mentale dell'emozione, che tuttavia risulta unidimensionale. Alle sensazioni corporee iniziano ad aggiungersi i primi aspetti psichici. Le emozioni vengono descritte attraverso l'utilizzo di frasi stereotipate.

IV. *Concrete operational*

L'individuo acquisisce maggiore consapevolezza rispetto alla pluralità delle emozioni sperimentate ed è in grado di distinguerle e descriverle.

V. *Formal operational*

L'individuo è consapevole che la sua esperienza emotiva è caratterizzata da una mescolanza di emozioni distinte. Viene raggiunta una piena consapevolezza delle emozioni, le quali vengono concettualizzate e distinte in maniera più sofisticata.

I soggetti alessitimici presentano una consapevolezza emotiva corrispondente ai livelli *sensorimotor reflexive* e *sensorimotor enactive*, limitando quindi l'elaborazione cognitiva e psicologica del vissuto emotivo. La consapevolezza emotiva di un individuo dipende dal grado di sviluppo dei suoi schemi emotivi, definiti come «strutture cognitive che guidano l'elaborazione delle emozioni» (Preece et al., 2017, p. 344, tda). Numerosi studi hanno confermato la presenza di schemi emotivi disfunzionali in individui con elevati livelli di alessitimia. Preece et al., (2017) utilizzano la locuzione *ability deficit alexithymia* per fare riferimento a schemi emotivi sottosviluppati, che costituiscono un ostacolo nelle fasi di *attention* e *appraisal* (Bermond et al., 2007).

### **2.1.2 Epidemiologia**

Trattandosi di un costrutto dimensionale, l'alessitimia è distribuita normalmente in tutta la popolazione, tuttavia si presenta a un livello clinicamente significativo con una prevalenza del 10% nella popolazione normale (Kokkonen et al., 2001; Salminen et al., 1999) e con una prevalenza nettamente superiore nella popolazione clinica (McGillivray et al., 2017; Taylor et al., 1996), in particolare negli individui con disturbo dello spettro autistico (Hogeveen & Grafman, 2021).

Numerosi studi hanno evidenziato una differenza di genere nella prevalenza di tale tratto, il quale si manifesta con punteggi più elevati e con maggiore frequenza negli uomini (Honkalampi et al., 2000; Levant et al., 2009; Levant & Wong, 2013; Mendia et al., 2024). Tale differenza sembra attribuibile a variabili quali età (Di Nicola et al., 2017; Mendia et al., 2024; Moriguchi et al., 2007) e cultura (Besharat, 2007; Páez et al., 1999). In merito all'età, tale differenza non risulta statisticamente significativa in adolescenza e in età avanzata (Mattila et al., 2006), mentre sembra amplificarsi durante l'età adulta (Remondi et al., 2020; Spinelli et al., 2018). In merito alle variabili culturali, sembra che le norme e le pressioni sociali che spingono

l'uomo a reprimere il proprio vissuto emotivo svolgano un ruolo significativo nell'esacerbare tale differenza (Levant, 1992; Levant et al., 2009; Mendia et al., 2024; Sullivan et al., 2015).

### 2.1.3 Eziologia

Sebbene l'eziologia di tale costrutto sia ancora fonte di dibattito e incertezza (Gaher et al., 2015), frequenti sono stati gli studi che hanno evidenziato il ruolo causale esercitato da fattori genetici e ambientali (Heiberg & Heiberg, 1978; Valera & Berenbaum, 2001; Jørgensen et al., 2007). Per quanto concerne i correlati neurobiologici, si ipotizza che l'alessitimia sia dovuta a deficit nella comunicazione interemisferica mediata dal corpo calloso (CC), in particolare ad una errata trasmissione dell'informazione emozionale dall'emisfero destro (RH), in cui essa ha origine, all'area del linguaggio collocata nell'emisfero sinistro (LH) (Miller, 1986; Parker et al., 1999; Tabibnia & Zaidel, 2005). Inoltre, sono state evidenziate difficoltà nel processamento delle informazioni emozionali a carico dell'emisfero destro (RH) (Buchanan et al., 1980; Tabibnia & Zaidel, 2005). Lane et al. (1997) hanno proposto l'ipotesi *blindfeel*, secondo la quale l'alessitimia sarebbe dovuta a una disfunzione della corteccia cingolata anteriore (ACC), deputata all'elaborazione cognitiva delle emozioni. È stato osservato che in presenza di stimoli negativi i soggetti con alessitimia presentano una ridotta attivazione dell'amigdala<sup>7</sup> (Kugel et al., 2008, Reker et al., 2010; van der Velde et al., 2013) e della corteccia cingolata anteriore (Berthoz et al. 2002). La ridotta attivazione dell'insula<sup>8</sup> e del precuneo<sup>9</sup> in presenza di stimoli positivi potrebbe spiegare la ridotta consapevolezza emotiva e la tendenza ad esperire minori emozioni positive che caratterizzano i soggetti alessitimici (van der Velde et al., 2013). Le ridotte capacità immaginative, invece, sembrano essere associate a

---

<sup>7</sup> Struttura situata nel lobo temporale anteriore implicata nel riconoscimento e nell'elaborazione delle emozioni (LeDoux, 2003).

<sup>8</sup> Regione della corteccia cerebrale situata nella scissura laterale, che svolge un ruolo nell'interocezione, integrando stati fisiologici ed emotivi (Craig, 2009; Nguyen et al., 2016).

<sup>9</sup> Area del lobo parietale superiore implicata nella regolazione emotiva e nei processi di cognizione sociale (Guendelman et al., 2022; Hallam et al., 2014).

una ridotta attivazione della corteccia cingolata posteriore (Aleman, 2005; Bermond et al., 2006, Kano & Fukudo, 2013, Larsen et al., 2003, Moriguchi & Komaki, 2013).

In merito ai fattori ambientali, livelli significativi di alessitimia sono stati frequentemente riscontrati in individui cresciuti in ambienti familiari emotivamente invalidanti, nei quali non era concessa e/o supportata l'espressione e l'esplorazione del vissuto emotivo e non venivano forniti modelli funzionali di regolazione emotiva (Ditzer et al., 2023; Preece & Sikka, 2024). Fattori di rischio per lo sviluppo di alessitimia in età adulta sono maltrattamento, negligenza e abuso infantile (Ditzer et al. 2023; Hahn et al., 2016; Hund & Espelage, 2006; Khan & Jaffee, 2022; Paivio & McCulloch, 2004), attaccamento evitante e ambivalente (Zdankiewicz-Ścigała & Ścigała, 2020). L'alessitimia può insorgere in risposta a gravi eventi traumatici, portando ad una disconnessione dalla sfera emotiva al fine di proteggere l'individuo (Schimmenti & Caretti, 2018; Théorêt et al., 2024; Zdankiewicz-Ścigała & Ścigała, 2020).

#### **2.1.4 Strumenti per la diagnosi**

Lo strumento principalmente utilizzato per indagare l'alessitimia è la *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*, sviluppata da Bagby, Parker, e Taylor nel 1994. Si tratta di un questionario self-report costituito da 20 items a risposta multipla, basati su una scala Likert a 5 punti, che varia da 1 (“non sono per niente d'accordo”) a 5 (“sono completamente d'accordo”), raggruppate in tre subscale: 7 items per “difficoltà a identificare le emozioni” (DIF, *Difficulty Identifying one's own Feelings*), 5 items per “difficoltà a descrivere le emozioni” (DDF, *Difficulty Describing one's own Feelings*) e 8 items per “stile di pensiero orientato all'esterno” (EOT, *Externally Oriented Thinking style*). Il punteggio totale (TAS-TS) si ottiene sommando i 20 item (tenendo conto che 5 item sono invertiti) e varia da 20 a 100, mentre il punteggio per ogni sottoscala è dato dalla somma dei punteggi delle risposte a quella specifica dimensione. I soggetti con un punteggio totale (TAS-TS) maggiore o uguale a 61 vengono considerati



alessitimici. La TAS-20 presenta un'adeguata affidabilità test-retest, validità di costrutto e validità di criterio (Bagby et al., 1994; Taylor et al., 2003) e risulta valida e affidabile sia nella popolazione normale che in quella clinica ( $\alpha > .80$ , Bagby et al., 1994;  $\alpha > .78$ , Meganck et al., 2008).

Vorst e Bermond (2001) hanno sviluppato la *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ)*, un questionario self-report costituito da 40 items a scelta multipla, basati su una scala Likert a 5 punti e suddivisi in egual numero tra le cinque subscale: *Analyzing (ANL)*, *Verbalizing (VER)*, *Identifying (ID)*, *Emotionalizing (EMO)* e *Fantasizing (FANT)*. Il punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi ottenuti in tutti gli items, varia da 40 a 200. I punteggi delle subscale ID, VER e ANL possono essere sommati per dare origine al punteggio composito relativo al fattore *Cognitive alexithymia*, mentre i punteggi delle subscale FAN e EMO danno origine al punteggio composito relativo al fattore *Affective alexithymia*. Questi due fattori, presentando una debole correlazione, vengono considerati due dimensioni indipendenti del costrutto di Alessitimia (Bermond et al., 2007). La BVAQ presenta una buona affidabilità e validità (Vorst & Bermond, 2001).

La *Perth Alexithymia Questionnaire (PAQ)* è un questionario self-report costruito sulla base del modello attenzione-valutazione (*attention-appraisal model*) (Preece et al., 2018). È costituito da 24 item a risposta multipla, basati su una scala Likert a 7 punti, che varia da 1 (“fortemente in disaccordo”) a 7 (“fortemente d'accordo”). Gli items sono suddivisi in 5 subscale: Negative-DIF (4 items), Positive-DIF (4 items), Negative-DDF (4 items), Positive-DDF (4 items) e General-EOT (8 items). Questo strumento permette di ottenere un punteggio totale (*ALEXI*), ricavato sommando il punteggio di tutti gli items, e cinque punteggi compositi (*G-DIF*, *G-DDF*, *N-DAF*, *P-DAF*, *G-DAF*), ottenuti dalla combinazione delle subscale. Presenta una buona validità e affidabilità (Becerra et al., 2021).

### **2.1.5 Comorbidità con altri disturbi**

L'alessitimia amplifica le difficoltà emotive in soggetti con disturbi del comportamento alimentare (Brewer et al., 2015) e svolge un ruolo nello sviluppo e nel mantenimento di tale disturbo (Treasure & Schmidt, 2013). Numerosi studi hanno evidenziato che i soggetti con disturbi alimentari presentano elevati punteggi di alessitimia (Bourke et al., 1992; Corcos et al., 2000; Lombardi et al., 2015; Muir et al., 2024; Schmidt et al., 1993; Westwood et al., 2017). La difficoltà a identificare le emozioni (DIF) costituisce un predittore significativo dell'outcome del trattamento (Pinna et al., 2015; Speranza et al., 2007). Il rapporto tra alessitimia e disturbo del comportamento alimentare risulta parzialmente mediato dalla difficoltà a processare le emozioni positive o a gestire quelle negative (Gianini et al., 2013; Muir et al., 2024).

Pur non essendo presente un rapporto causa-effetto con i disturbi depressivi (Parker et al., 1991; Wise et al., 1988), i soggetti con depressione ottengono punteggi più alti nella TAS-20 rispetto a coloro che presentano altri disturbi (Bankier et al., 2001; Duddu et al., 2003; Honkalampi et al., 2000; Leweke et al., 2012; Son et al., 2012). Il punteggio totale della TAS-20 (TAS-TS), in particolare le subscale DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni) e DDF (difficoltà nel descrivere le emozioni), risultano moderatamente correlate con la gravità dei sintomi depressivi (Bamonti et al., 2010; Leweke et al., 2012; Li et al., 2015; Son et al., 2012), mentre la subscale EOT presenta una debole correlazione (Li et al., 2015). Punteggi elevati di alessitimia in soggetti con disturbi depressivi sembrano predire una minore qualità della vita (Karayağiz & Baştürk, 2016).

I pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo presentano punteggi più elevati di alessitimia (Khosravani et al., 2017), in particolare le subscale DDF e EOT risultano correlate alla gravità di tale disturbo (Bankier et al., 2001; De Berardis et al., 2005; De Berardis et al., 2015; Khosravani et al., 2017). Daeyoung et al. (2011) hanno evidenziato un'associazione tra

alessitimia e ossessioni di carattere religioso e sessuale in individui con disturbo ossessivo-compulsivo.

Gli individui con schizofrenia presentano livelli elevati di Alessitimia, in particolare nei fattori DIF e DDF (Ospina et al., 2019), i quali sono associati all'insorgenza e alla gravità di sintomi negativi (Huo et al., 2023; Van't Wout et al., 2007). L'alessitimia sembra predire il funzionamento psicologico e sociale di soggetti con schizofrenia (Kimhy et al., 2012).

I soggetti con disturbo bipolare presentano punteggi più elevati rispetto alla popolazione non clinica, in particolare nelle dimensioni DIF e DDF (Herold et al., 2017; Ospina et al., 2019). Punteggi elevati predicono un'inferiore qualità della vita nei pazienti con disturbo bipolare (Karayağiz & Baştürk, 2016).

Il disturbo somatoforme risulta associato all'alessitimia, in particolare alla difficoltà a identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni corporee (Bankier et al., 2001; Duddu et al., 2003; Waller & Scheidt, 2004).

L'alessitimia risulta inoltre associata a disturbi d'ansia (Bankier et al., 2001; Zeitlin et al., 1993; Zou et al., 2016), disturbo da stress post-traumatico (Frewen et al., 2008; Putica et al., 2021; Zahradnik et al., 2009), disturbo dello spettro autistico (Hassen et al., 2023; Poquérusse et al., 2018) e disturbo da uso di sostanze (Honkalampi et al., 2022; Rybakowski et al., 1988).

### **2.1.6 Trattamento**

Alla luce delle significative difficoltà relazionali e introspettive manifestate dai soggetti Alessitimici, il trattamento terapeutico risulta estremamente complesso e tortuoso (Taylor, 1984). Elevati livelli di Alessitimia ostacolano l'instaurazione e il mantenimento dell'alleanza terapeutica, influenzando negativamente l'esito del trattamento psicologico, in particolare ad orientamento psicoanalitico (Leweke et al., 2009; McCallum et al., 2003; Sifneos, 1975).

Il percorso terapeutico guida il soggetto alessitimico nel riconoscimento delle emozioni, aiutandolo ad attribuire un nome alle sensazioni sperimentate, ricollegandole alle manifestazioni fisiologiche da esse derivate. L'obiettivo è aumentare la consapevolezza emotiva, affinare gli schemi emotivi e ridurre l'adozione dell'evitamento esperienziale (Preece et al., 2017). Gli approcci terapeutici che risultano maggiormente efficaci nel trattamento di soggetti alessitimici sono la terapia psicodinamica di gruppo (Beresnevaite, 2000; Grabe et al. 2008), la terapia cognitivo-comportamentale (McGillivray et al., 2019; Rufer et al., 2004) e l'*Acceptance and Commitment Therapy*<sup>10</sup> (ACT) (Rostami & Bozorgi, 2019; Zandkarimi & Ghahremani, 2022).

---

<sup>10</sup> L'*Acceptance and Commitment Therapy* è una forma di psicoterapia di terza generazione che prevede l'utilizzo di strategie di accettazione e di impegno all'azione al fine di aumentare la flessibilità psicologica, correlata al benessere psicologico (Hayes et al., 1999).

## 2.2 Disturbi dissociativi

*«Ogni azione procedeva a rallentatore, non sentita, con distacco, avvolta nel cotone, ovattata, come quando corpo e mente si separano per non cedere, quando la reciprocità è troppo pesante da portare.*

*Il peso del dolore.»*

*(Da “Cambiare l’acqua ai fiori”, Valérie Perrin, 2018)*

### 2.2.1 Dissociazione

La dissociazione è caratterizzata da una marcata alterazione del normale senso di continuità tra coscienza, memoria, senso di identità e percezione dell’ambiente (APA, 2013) e dalla disconnessione di alcuni processi psichici (Lyssenko et al., 2018).

Tale fenomeno non costituisce di per sé una manifestazione psicopatologica, bensì l’esperienza dissociativa sembra delinearsi lungo un continuum tra normalità e patologia, che varia da stati di totale assorbimento nello svolgimento di attività quotidiane a gravi disturbi dissociativi (Bernstein & Putnam 1986; Dell & O’Neil, 2009).

Secondo la Teoria della Dissociazione Strutturale della personalità (Van der Hart et al., 2006), esistono tre livelli di dissociazione, ognuno caratterizzato da caratteristiche qualitative differenti e non sovrapponibili:

1. *Dissociazione primaria*, caratterizzata dalla presenza di una personalità prevalente (ANP), che garantisce il normale svolgimento della vita quotidiana e l’integrazione dei differenti ruoli della persona, e di una sola parte emotiva (EP), che conserva il vissuto emotivo legato al trauma. Si configura come una modalità di gestione immediata del trauma, il quale viene escluso dalla consapevolezza cosciente.
2. *Dissociazione secondaria*, caratterizzata dalla presenza di una sola personalità principale (ANP) e di differenti parti emotive (EP), caratterizzate da diverse modalità difensive. Ne derivano reazioni emotive e comportamenti diversi e/o

contrastanti a fronte di situazioni percepite come pericolose o associate all'esperienza traumatica.

3. *Dissociazione terziaria*, caratterizzata dalla presenza di due o più personalità, ignare dell'esistenza reciproca, che agiscono nella vita quotidiana (ANP), ognuna caratterizzata da parti emotive (EP) distinte che reagiscono istintivamente mediante proprie modalità e schemi. Questo livello è tipicamente riscontrato nel Disturbo Dissociativo dell'Identità.

La sintomatologia dissociativa può essere distinta in due tipologie, mediate da meccanismi differenti: sintomi di distacco (*detachment*) e sintomi di compartimentazione (*compartmentalization*) (Brown, 2006; Holmes et al. 2005).

I sintomi di distacco (*detachment*) sono caratterizzati da un'alterazione della consapevolezza cosciente, che porta il soggetto a sperimentare un senso di distacco da Sé, dal proprio corpo (*depersonalizzazione*) e dall'ambiente circostante (*derealizzazione*) (Brown, 2006; Holmes et al. 2005). Nei casi di *depersonalizzazione*, il soggetto si percepisce come un osservatore del proprio corpo, azioni e processi mentali, talvolta riferendo di sentirsi come se fosse un autonomo o all'interno di un sogno (APA, 2013). La *derealizzazione* si configura come un'esperienza di irrealtà o distacco nei confronti dell'ambiente circostante, che può essere percepito come irreali o parte di un sogno (APA, 2013). Tale sintomatologia sembra sopraggiungere quando lo stato di iper-arousal indotto da elevati livelli di ansia e/o stress porta la corteccia prefrontale mediale a inibire l'elaborazione emozionale da parte del sistema limbico (Sierra & Berrios, 1998). La *depersonalizzazione* e la *derealizzazione* si manifestano frequentemente in concomitanza a stati d'ansia, sia normale che patologica (Cassano et al., 1989; Marshall et al., 2000; Sterlini & Bryant, 2002) e all'abuso di sostanze (Lambert et al., 2002). Questi fenomeni si verificano comunemente nella popolazione generale, senza assumere

una valenza patologica, tuttavia la loro frequente o persistente insorgenza può sfociare in un Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (APA, 2013).

I sintomi di compartimentazione (*compartmentalization*) sono caratterizzati dalla frammentazione di processi normalmente integrati, come la memoria e l'identità, che possono sfociare in Amnesia dissociativa o Disturbo Dissociativo dell'Identità (Brown, 2006; Cardeña, 1994; Holmes et al., 2005). L'insorgenza di tale sintomatologia sembra derivare dalla dissociazione tra diversi livelli di elaborazione all'interno del sistema cognitivo, che non consentono il pieno controllo delle funzioni mentali (Brown, 2006).

La dissociazione insorge in risposta a eventi traumatici<sup>11</sup> o travolgenti, che rischiano di compromettere il benessere psico-fisico dell'individuo (Dalenberg et al., 2012; Dutra et al., 2009; Spiegel et al., 2011). La dissociazione può quindi configurarsi come un meccanismo di difesa, volto a contenere la dirompente carica emotiva derivata dal trauma (Dalenberg et al., 2012; Gershuny & Thayer, 1999; Ludwig, 1983).

«La dissociazione sembra essere il meccanismo attraverso il quale le intense esperienze sensoriali ed emotive vengono disconnesse dal dominio sociale del linguaggio e della memoria, il meccanismo interno attraverso il quale le persone terrorizzate vengono messe a tacere» (Herman, 1997, p. 239, tda).

La dissociazione permette di confinare al di fuori della coscienza il trauma, proteggendo l'individuo dalla sofferenza insostenibile che ne deriverebbe (Kihlstrom, 1990; van der Kolk, 1996). Sebbene l'adozione di tale strategia nel periodo immediatamente successivo al trauma possa beneficiare l'individuo, il suo utilizzo prolungato può diventare dannoso e compromettere

---

<sup>11</sup> Il trauma viene definito come «qualsiasi esperienza disturbante che provoca paura significativa, impotenza, dissociazione, confusione o altri sentimenti distruttivi abbastanza intensi da avere un effetto negativo di lunga durata sugli atteggiamenti, sul comportamento e su altri aspetti del funzionamento di una persona. Gli eventi traumatici includono quelli causati dal comportamento umano (ad esempio stupri, guerre, incidenti industriali) così come dalla natura (ad esempio terremoti) e spesso mettono in discussione la visione del mondo da parte di un individuo come luogo giusto, sicuro e prevedibile» (APA Dictionary of Psychology, 2018).

il funzionamento dell'individuo, impedendo l'elaborazione cognitiva dell'esperienza esperita e sfociando in Disturbi dissociativi (van der Kolk, 1996).

Tra i fattori associati alla dissociazione troviamo traumi (specialmente infantili) (van IJzendoorn & Schuengel, 1996), percezione di scarso controllo e/o paura della morte (Gershuny & Thayer, 1999), deprivazione di sonno (Giesbrecht et al., 2013), qualità delle cure e delle relazioni infantili (Dutra et al., 2009), scarso coinvolgimento e affetto da parte dei genitori (Dutra et al., 2009; Mann & Sanders, 1994; Modestin et al., 2002), ambiente familiare abusivo (Wolfe, 1985), attaccamento disorganizzato e genitori emotivamente non disponibili durante i primi due anni di vita (Dutra et al., 2009; Ogawa et al., 1997).

Cantone et al., (2012) hanno individuato una relazione inversa tra la sintomatologia dissociativa e l'età: i soggetti più giovani sperimentano più frequentemente e con maggiore intensità tali sintomi.

La sintomatologia dissociativa si manifesta in un'ampia gamma di disturbi mentali, quali disturbo da stress post-traumatico (Lyssenko et al., 2018), disturbi d'ansia (Ball et al., 1997; Lyssenko et al., 2018), schizofrenia (Lyssenko et al., 2018; O'Driscoll et al., 2014), disturbo della personalità borderline (Lyssenko et al., 2018), disturbo di conversione (Lyssenko et al., 2018), disturbi da sintomi somatici (Lyssenko et al., 2018) e disturbi del comportamento alimentare (La Mela et al., 2010; Lyssenko et al., 2018), disturbo ossessivo-compulsivo (Belli et al., 2012; Lochner et al., 2004).

Essa sembra inoltre avere un impatto negativo sull'esito del trattamento (Bae et al., 2016; Kleindienst et al., 2011; Prasko et al., 2009; Rufer et al., 2006; Spitzer et al., 2007).

### **2.2.2 Disturbi dissociativi**

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) «i disturbi dissociativi sono caratterizzati dalla sconnesione e/o dalla discontinuità della



normale integrazione di coscienza, memoria, identità, emotività, percezione, rappresentazione corporea, controllo motorio e comportamento» (APA, 2013, p. 337). I sintomi dissociativi sono «vissuti come a) intrusioni non volute nella coscienza e nel comportamento, unite a perdite della continuità dell'esperienza soggettiva [...] e/o b) incapacità di accedere ad informazioni o controllare funzioni mentali in genere facilmente accessibili e controllabili [...]» (APA, 2013).

Le categorie diagnostiche delineate dal DSM-5 (APA, 2013) sono le seguenti: Disturbo dissociativo dell'identità (DID), Amnesia dissociativa (DA), Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (DDD), Disturbo dissociativo con altra specificazione (OSDD) e Disturbo dissociativo senza specificazione (UDD).

### **2.2.2.1 Disturbo dissociativo dell'identità (DID)**

Il *Disturbo dissociativo dell'identità* è caratterizzato dalla presenza di almeno due identità distinte (chiamate *alter*), ciascuna caratterizzata da specifici modi di essere, agire e pensare nei confronti di sé stessa e dell'ambiente.

I criteri delineati dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) ai fini della diagnosi sono i seguenti:

- A. Disgregazione dell'identità caratterizzata da due o più stati di personalità distinti, che determina un senso di discontinuità del Sé e delle proprie azioni, alterazioni della coscienza, del comportamento, dell'affettività e della memoria;
- B. Ricorrenti vuoti di memoria relativi a eventi e/o informazioni importanti circa la propria vita e/o eventi traumatici, non attribuibili a normale dimenticanza;
- C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;
- D. Il disturbo non è attribuibile a pratiche culturali e/o religiose largamente accettate;
- E. I sintomi non sono dovuti all'utilizzo di sostanze o ad altre condizioni mediche.

In accordo con la Teoria della dissociazione strutturale di Janet (1889) è possibile osservare un'identità primaria e diverse identità alternative, memori del trauma. L'identità primaria presenta spesso caratteristiche quali passività, dipendenza, depressione e sensi di colpa, e talvolta risulta ignara dell'esistenza di identità alternative e di ciò che avviene sotto il loro controllo. Le identità alternative presentano spesso caratteristiche che contrastano con quelle dell'identità primaria e presentano propri comportamenti, ricordi, storia personale, età e genere. Le lacune mnestiche, che vengono sperimentate da tutte le personalità (*inter-identity amnesia*<sup>12</sup>), sono talmente estese da alterare il senso di integrazione e coesione dell'identità, che risulta quindi frammentata. Il soggetto può riferire vissuti di depersonalizzazione, in cui non è in grado di interrompere o controllare le azioni messe in atto dalle altre personalità, di cui talvolta sente le voci. Le fughe dissociative si verificano con elevata frequenza.

Esperienze traumatiche, maltrattamento e abusi fisici e/o sessuali, in particolare durante l'infanzia, costituiscono il principale fattore di rischio per l'insorgenza di questa patologia (Reinders et al., 2018). La frammentazione dell'identità si configura come una modalità disadattiva per far fronte al trauma: vengono creati differenti stati mentali per compartimentare le esperienze traumatiche e consentire il normale funzionamento nella vita quotidiana (Putnam, 1997).

Il Disturbo dissociativo dell'identità presenta comorbidità con disturbo da stress post-traumatico, disturbi depressivi, suicidio, disturbi da sintomi somatici, condotte autolesive, disturbo bipolare, disturbi psicotici, disturbi di personalità, disturbo di conversione, disturbi convulsivi, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del comportamento alimentare (APA, 2013).

---

<sup>12</sup> Fenomeno secondo cui un'identità manifesta amnesia per eventi vissuti da un'altra identità (Gleaves et al., 2001)

### 2.2.2.2 Amnesia dissociativa (DA)

L'*Amnesia dissociativa* è caratterizzata dall'incapacità di rievocare informazioni personali importanti, spesso associate a eventi traumatici. Può essere definita come una perdita di memoria retrograda in assenza di danni cerebrali (Tramoni et al., 2009). Le lacune mnestiche sono troppo estese per poter essere spiegate da una semplice dimenticanza, tuttavia l'informazione non viene perduta in modo permanente ma risulta irrecuperabile per tutta la durata dell'episodio. Le informazioni dimenticate sembrano comunque esercitare un'influenza sul comportamento dell'individuo.

I criteri delineati dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) ai fini della diagnosi sono i seguenti:

- A. Incapacità di ricordare informazioni personali, spesso associate a eventi traumatici o stressanti, non riconducibile a normale dimenticanza;
- B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;
- C. Non è attribuibile agli effetti di una sostanza o ad altre condizioni mediche e/o neurologiche;
- D. La condizione non è meglio spiegata da altri disturbi mentali (ad esempio, disturbo dissociativo dell'identità, disturbo da stress post-traumatico, ecc.).

L'amnesia può essere *circoscritta* (relativa ad un evento o periodo di tempo), *selettiva* (relativa ad un aspetto specifico di un evento), *generalizzata* (incapacità di ricordare la propria storia personale), *sistematizzata* (incapacità di rievocare i ricordi relativi ad una specifica categoria di informazioni) o *continuativa* (incapacità di immagazzinare nuovi ricordi). Gli individui con amnesia dissociativa sono spesso inconsapevoli di questi problemi di memoria. La durata dell'amnesia può variare da pochi minuti a decenni e la remissione (agevolata dall'allontanamento dalle circostanze traumatiche) è accompagnata da stati emotivi negativi,

disagio, comportamento suicidario e sintomi di disturbo da stress post-traumatico (APA, 2013). Talvolta, l'Amnesia dissociativa può essere accompagnata dalla perdita della memoria semantica e procedurale (Van der Hart & Nijenhuis, 2001).

Un sottotipo grave di amnesia è la *fuga dissociativa*, caratterizzata da lacune mnestiche più estese e dall'allontanamento improvviso da parte del soggetto. Nel corso di tale episodio, l'individuo può vagare in modo del tutto disorientato e/o assumere una nuova identità.

L'Amnesia dissociativa insorge frequentemente in seguito a eventi traumatici, stressanti o sconvolgenti, che l'individuo non è in grado di gestire o metabolizzare (Staniloiu & Markowitsch, 2014).

Tale disturbo risulta associato a comportamenti suicidari e/o autolesivi, disturbo dissociativo dell'identità, disturbo da stress post-traumatico, disturbi depressivi, disturbo da sintomi somatici, disturbo di conversione, disturbo di personalità, disturbi correlati a sostanze, disturbi convulsivi (APA, 2013). Staniloiu et al. (2010) hanno postulato che alcuni tratti di personalità, in particolare il narcisismo, predispongono all'insorgenza di tale patologia.

### **2.2.2.3 Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (DDD)**

Il *Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione* è caratterizzato dalla ricorrente e persistente insorgenza di episodi di depersonalizzazione e derealizzazione, che presentano una pervasività clinicamente significativa. Esordisce tipicamente in adolescenza, intorno ai 16 anni, e gli episodi hanno una durata variabile (da qualche ora fino ad anni).

I criteri delineati dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) ai fini della diagnosi sono i seguenti:

- A. Presenza di persistenti o ricorrenti episodi di depersonalizzazione, derealizzazione o entrambe;
- B. L'esame di realtà rimane preservato;

- C. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti;
- D. I sintomi non sono dovuti all'utilizzo di sostanze o ad altre condizioni mediche;
- E. Il disturbo non è meglio spiegato da altri disturbi mentali (es. schizofrenia, disturbo di panico, disturbo depressivo maggiore, ecc.).

La depersonalizzazione è caratterizzata dalla percezione di distacco da sé stessi e dal proprio corpo, mentre la derealizzazione implica un senso di irrealtà rispetto all'ambiente circostante, accompagnato da distorsioni visive e/o uditive. Nonostante le alterazioni percettive indotte da questo disturbo, l'esame di realtà rimane intatto. Gli episodi di depersonalizzazione e derealizzazione hanno una durata che può variare da qualche ora ad anni.

I soggetti con tale disturbo riferiscono frequentemente traumi infantili, in particolare abusi e trascuratezza emotivi (Simeon et al., 2001).

Il disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione presenta comorbidità con disturbi depressivi (Baker et al., 2003; Michal et al., 2016; Simeon et al., 2003), disturbo da stress post-traumatico (Bremner et al., 1998), disturbi d'ansia (Baker et al., 2003; Michal et al., 2016; Simeon et al., 2003), disturbi di personalità (Simeon et al., 2003), disturbo ossessivo-compulsivo (Sedman & Reed, 1963; Shorvon et al., 1946; Simeon et al., 1997).

#### **2.2.2.4 Disturbo dissociativo con altra specificazione (OSDD)**

Il *Disturbo dissociativo con altra specificazione* racchiude tutte le manifestazioni dissociative, che arrecano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento, ma che non soddisfano i criteri per nessun Disturbo dissociativo.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5; APA, 2013) individua le seguenti tipologie:

1. *Sindromi croniche e ricorrenti di sintomi dissociativi misti*

Include un disturbo dell'identità con una ridotta alterazione del senso di sé e della consapevolezza delle proprie azioni, o alterazioni dell'identità o episodi di possessione in un individuo che non presenta amnesia dissociativa.

2. *Disturbo dell'identità dovuto a persuasione coercitiva prolungata e intensa*

Alterazione della propria identità a seguito di episodi quali persuasioni coercitive, tortura e coinvolgimento in sette/culti.

3. *Reazioni dissociative acute reattive a eventi stressanti*

Si tratta di una condizione transitoria e acuta con durata inferiore a un mese, caratterizzata da fenomeni quali depersonalizzazione, derealizzazione e disturbi percettivi.

4. *Trance dissociativa*

Riduzione o perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante che si manifesta attraverso una minore responsività o insensibilità agli stimoli ambientali.

#### **2.2.2.5 Disturbo dissociativo senza specificazione (UDD)**

Tale diagnosi viene posta quando il soggetto manifesta sintomi dissociativi, che arrecano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento ma non soddisfano i criteri per nessun Disturbo dissociativo, e non si dispone delle informazioni necessarie per porre una diagnosi più specifica.

#### **2.2.3 Epidemiologia**

I Disturbi dissociativi si manifestano in circa il 10% della popolazione generale (Şar, 2011) e nel 46% della popolazione psichiatrica (Ross et al., 2002), con una prevalenza dell'1-3% per il Disturbo dissociativo dell'identità (Johnson et al., 2006; Şar et al., 2007). I Disturbi

dissociativi sembrano manifestarsi con maggiore frequenza nelle donne, con un rapporto di 9:1 (Şar et al., 1996). Per quanto concerne l'Amnesia dissociativa, la prevalenza stimata da numerosi studi variava 0,2% a 7,3% a seconda della cultura di appartenenza e dalla metodologia utilizzata (Staniloiu & Markowitsch, 2014).

#### **2.2.4 Eziologia**

Un'ampia gamma di studi ha appurato che le esperienze traumatiche sono il principale fattore eziologico dei Disturbi dissociativi (Chu & Dill, 1990; Neumann et al., 1996; Sanders & Giolas, 1991; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996; Wieder and Terhune, 2019). In particolare, sono di frequente riscontro storie di maltrattamento, negligenza, abusi fisici e/o motivi. (Marshall et al., 2000; Şar et al., 2007). La negazione del trauma incrementa ulteriormente la probabilità di sviluppare una patologia dissociativa (Şar et al., 2004). Altri fattori di rischio sono la ruminazione (Vannikov-Lugassi et al., 2020), stress e ansia (Soffer-Dudek, 2017), utilizzo di sostanze (Madden & Einhorn, 2018).

È stata individuata una complessa interazione tra fattori genetici, tipologia, tempistica e cronicità del trauma (Becker-Blease et al., 2004). Jang et al. (1998), attraverso uno studio condotto su gemelli monozigoti e dizigoti, individuarono un'influenza genetica del 45% sui punteggi ottenuti nella scala DES. I fenomeni dissociativi sembrano essere legati all'interazione tra esperienze traumatiche e specifici polimorfismi nei geni associati all'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (FKBP5), al sistema serotoninergico (5-HTTLPR) e dopaminergico (COMT) (Loewenstein, 2018). In particolare, il gene FKBP5, un regolatore endogeno del sistema ormonale dello stress, incrementa il rischio di sviluppare una serie di disturbi psichiatrici, tra cui il disturbo depressivo maggiore, il disturbo da stress post-traumatico e la dissociazione (Matosin et al., 2018).

### 2.2.5 Strumenti per la diagnosi

Lo strumento principalmente utilizzato è la *Dissociative Experience Scale-II* (DES-II) (Carlson & Putnam, 1993), un questionario self-report costituito da 28 items che indagano il livello e il tipo di esperienza dissociativa. Gli items descrivono varie esperienze dissociative e il soggetto deve indicare, su una scala Likert a 11 punti che varia da 0% al 100%, con che frequenza vengono sperimentate. Nella versione originale (Bernstein & Putnam, 1986), i soggetti dovevano indicare la frequenza delle esperienze dissociative tracciando una crocetta su una linea di 100mm. Consente di indagare quattro fattori: *Amnesia Factor*, *Depersonalization/Derealization Factor* e *Absorption Factor*. Il punteggio totale varia da 0 a 100 ed è ottenuto dividendo la somma dei punteggi dei singoli items per il numero di items. Un punteggio superiore a 30 permette di porre la diagnosi di Disturbo dissociativo. È stata sviluppata una versione specifica per gli adolescenti, la A-DES (Armstrong et al., 1997), composta da 30 items su una scala a 10 punti. Presenta un buon livello di validità e affidabilità, sia nella popolazione clinica che in quella non-clinica (Dubester & Braun, 1995; Frischholz et al., 1990; Holtgraves & Stockdale, 1997; Zingrone & Alvarado, 2001)

La *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorder* (SCID-D) sviluppata da Steinberg (1994) è un'intervista semistrutturata costituita da 276 items, volta ad indagare cinque dimensioni: amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione, confusione dell'identità e alterazione dell'identità. La gravità di ciascuna dimensione è valutata su una scala a 4 punti, che va da 1 ("assente") a 4 ("grave"), in base alla durata, frequenza, disagio soggettivo e compromissione delle aree di funzionamento. Il punteggio totale varia da 5 a 20.

Il *Dissociation Questionnaire* (DIS-Q) sviluppato da Vanderlinden et al. (1993) è un questionario self-report costituito da 63 items, basati su una scala Likert a 5 punti che varia da 1 ("per nulla") a 5 ("del tutto"). Presenta quattro fattori: *Confusion and fragmentation* (25



items), *Loss of control* (18 items), *Amnesia Symptoms* (14 items) e *Absorption* (6 items). Il punteggio totale si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai singoli items.

### **2.2.6 Comorbidità con altri disturbi**

I Disturbi dissociativi sono frequentemente associati a disturbi d'ansia (Baker et al., 2003; Michal et al., 2016; Simeon et al., 2003), disturbi depressivi (Baker et al., 2003; DeBattista et al., 1998; Ellason et al., 1996; Michal et al., 2016), disturbo da stress-post traumatico (Bozkurt et al., 2015), disturbo bipolare (Hariri et al., 2015), disturbo ossessivo-compulsivo (Belli et al., 2012; Lochner et al., 2004), disturbi di personalità (Johnson et al., 2006; Ross et al., 2014), disturbo di personalità borderline (Şar et al., 2003, 2006), disturbo di conversione (Şar et al., 2004; Tezcan et al., 2003), disturbi correlati a sostanze (Karadag et al., 2005), suicidio e condotte autolesive (Mueller-Pfeiffer et al., 2012).

### **2.2.7 Trattamento**

L'*International Society for the Study of Dissociation* (2005) propone l'utilizzo di un modello trifasico (Janet, 1889) per il trattamento del trauma in individui con Disturbi dissociativi. La Fase 1 (*Stabilization*) ha come obiettivo stabilizzare la sintomatologia dissociativa e aiutare l'individuo a gestire le reazioni emotive suscitate dal trauma, incrementando la percezione di controllo. In questa fase è cruciale la costruzione di una solida alleanza terapeutica. Nella Fase 2 (*Identifying*), dopo l'identificazione del trauma, il soggetto viene aiutato ad elaborare le emozioni, credenze e pensieri ad esso associate, riducendone l'impatto. Nella Fase 3 (*Resolution*) l'esperienza traumatica viene integrata all'interno di una narrazione coerente della propria storia personale, determinando un maggiore senso di coesione della propria identità.

Le tecniche maggiormente utilizzate per il trattamento dei Disturbi dissociativi sono la terapia cognitivo-comportamentale, la terapia psicodinamica, l'ipnosi e la terapia EMDR (Staniloiu & Markowitsch, 2014). I soggetti con Amnesia dissociativa presentano una scarsa motivazione al trattamento psicoterapeutico (Staniloiu & Markowitsch, 2014), di conseguenza può essere utile il ricorso ad antidepressivi (Markowitsch et al., 2000).

La Terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) consente al soggetto di rievocare in maniera sicura l'evento traumatico, acquisire maggiore consapevolezza dell'impatto che esso esercita sui pensieri e comportamenti e ridurre l'evitamento attraverso un'esposizione graduale (Hunter et al., 2005). Il miglioramento sintomatologico sembra essere mediato dall'alleviamento della depressione e dell'ansia (Hunter et al., 2005). Tra le tecniche cognitivo-comportamentali, l'esposizione immaginativa<sup>13</sup> e il rinforzo negativo sembrano ridurre la sintomatologia, in particolare in soggetti con Disturbo di depersonalizzazione/derealizzazione (Blue, 1979; Sookman & Solyom, 1978).

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è una forma di terapia sviluppata da Shapiro (1989) volta a inibire la carica emotiva associata ad un evento traumatico, permettendo al soggetto di rielaborarlo in maniera adattiva e ricollocarlo all'interno della propria storia personale. Vengono sfruttati movimenti oculari alternati o altri tipi di stimolazione destra/sinistra per migliorare la comunicazione tra gli emisferi cerebrali. Questo approccio terapeutico favorisce l'adozione di strategie di coping efficaci e l'integrazione dei ricordi traumatici (Twombly, 2005).

---

<sup>13</sup> Forma di terapia espositiva utilizzata nel trattamento di disturbi d'ansia e disturbo da stress post-traumatico. Attraverso le parole del terapeuta, il soggetto evoca nella propria mente l'immagine vivida di uno stimolo/situazione che genera ansia o disagio, al fine di ridurre l'impatto emotivo attraverso l'abitudine (APA Dictionary of Psychology, 2018).

### **2.3 Alessitimia e dissociazione in adolescenza**

Nel periodo adolescenziale si osservano maggiori livelli di alessitimia e dissociazione rispetto all'età adulta.

Elevati livelli di alessitimia in adolescenza sono associati, nei maschi, a difficoltà nei rapporti sociali con i pari (Honkalampi et al., 2009) e a difficoltà relazionali con amici, fratelli e genitori, e nelle femmine (Honkalampi et al., 2009), solitudine (Kekkonen et al., 2021), depressione (De Berardis et al., 2008), disturbi del comportamento alimentare (Peres et al., 2018), disturbo d'ansia generalizzato (Paniccchia et al., 2017), autolesionismo (Garisch & Wilson, 2010), maggiore rischio di suicidio (De Berardis et al., 2018), iperprotezione materna (Karukivi et al., 2011), poche relazioni intime e scarse abilità sociali (Karukivi et al., 2011; Kekkonen et al., 2021; Qualter et al., 2010), comportamenti antisociali (Thorberg et al., 2011). Le scarse capacità di regolazione delle emozioni e la ridotta consapevolezza emotiva, tipiche dei soggetti alessitimici, incrementano i sintomi internalizzanti in adolescenza (Eastabrook, 2014). Germani et al., (2023) hanno osservato che gli adolescenti alessitimici tendono a fare un utilizzo eccessivo di internet, il quale permetterebbe loro di regolare le emozioni e soddisfare i bisogni sociali inappagati.

Per quanto concerne la dissociazione in adolescenza, essa sembra essere associata a ansia (Sayar et al., 2005), depressione (Kyte et al., 2023), problemi con i pari (Mori, 2021), solitudine (Mori, 2018), problemi comportamentali internalizzanti ed esternalizzanti (Kyte et al., 2023; Seeley et al., 2004), difficoltà scolastiche (Mori, 2021), ADHD (Endo et al., 2006), e maggiore rischio di suicidio (Kiliç et al., 2017; Zoroğlu et al., 2003).

## CAPITOLO 3

### REVIEW

#### 3.1 Obiettivi e ipotesi

A livello concettuale, l'alessitimia e la dissociazione sono costrutti con alcuni aspetti simili: entrambi sono caratterizzati dall'incapacità di integrare emozioni, percezioni e memoria nell'esperienza cosciente (Modestin et al., 2002), sono distribuiti normalmente nella popolazione generale (Sayar et al., 2005) e permettono di allontanare stati emotivi travolgenti e destabilizzanti, spesso legati ad esperienze traumatiche. Entrambi i costrutti sono associati ad ambienti infantili caratterizzati da un'alterata espressività familiare, in cui l'espressione emotiva non era incoraggiata e l'individuo non si sentiva fisicamente ed emotivamente sicuro (Berenbaum & James, 1994). In particolare, l'alessitimia sembra associata a una ridotta comunicazione familiare positiva, mentre la dissociazione a una maggiore comunicazione familiare negativa (Berenbaum & James, 1994).

Numerosi studi hanno proposto l'alessitimia come un possibile predittore di esperienze dissociative, evidenziando una significativa associazione tra i due costrutti, specialmente con la dimensione DIF (*difficulty in identifying feelings*) (Berenbaum & James, 1994; Bulai & Enea, 2016; De Berardis et al., 2009; Elzinga et al., 2002; Evren et al., 2008; Grabe et al., 2000; Irwin & Melbin-Helberg, 1997; Maaranen et al., 2005; Mason et al., 2005; Majohr et al., 2011; Modestin et al., 2002; Wise et al., 2000). Majohr et al. (2011) hanno evidenziando come la difficoltà a identificare le emozioni sia in particolare modo positivamente associata a esperienze di depersonalizzazione e derealizzazione. Il rapporto tra alessitimia e dissociazione sembra essere mediato da alcuni fattori, quali stress (Elzinga et al., 2002) e depressione (Wise et al., 2000). Irwin e Melbin-Helberg (1997) sottolineano che i soggetti con tendenze dissociative presentano un normale vocabolario affettivo, tuttavia vi è una discrepanza tra i processi emotivi

e quelli verbali. Secondo Papciak et al. (1985) ciò osservabile anche nel caso dell'alessitimia. Le caratteristiche tipiche dell'alessitimia determinano una gestione disfunzionale dello stress e delle esperienze traumatiche, incrementando la tendenza a reagire attraverso fenomeni dissociativi (Grabe et al., 2000), che vengono interpretati e vissuti in maniera catastrofica e amplificata dai soggetti alessitimici (Hunter et al., 2003).

Sebbene sia presente un'ampia letteratura circa il rapporto tra alessitimia e dissociazione, sono esigui gli studi condotti su campioni adolescenziali. La seguente revisione sistematica ha come obiettivo indagare il rapporto tra alessitimia e dissociazione in individui adolescenti, di età compresa tra i 10 anni e i 19 anni (APA Dictionary of Psychology, 2018).

Le fragilità che caratterizzano la fase adolescenziale determinano sentimenti di confusione e disorientamento, rendendo difficile l'esplorazione e la regolazione dei vissuti interiori. Si ipotizza che l'incapacità di riconoscere, discriminare, comprendere e regolare le emozioni, tipica dei soggetti alessitimici e amplificata nel periodo adolescenziale, costituisca un terreno fertile per l'insorgenza di sintomatologia dissociativa e, nei casi più gravi, di Disturbi dissociativi.

### **3.2 Metodo: Prisma Study**

La review è stata condotta mediante il PRISMA Statement (Page et al., 2021), un insieme di linee guida per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi. La ricerca degli articoli scientifici è stata condotta utilizzando le banche dati EBSCOhost, di cui sono stati selezionati tutti i database a disposizione, e PubMed. Per la ricerca degli articoli scientifici necessari ai fini della review narrativa sono state utilizzate le seguenti stringhe di ricerca: *alexithymia AND dissociation AND adolescence, alexithymia AND dissociative disorders AND (adolescence OR adolescents OR teenagers OR teen), alexithymia AND (dissociative identity disorder OR multiple personality disorder) AND (adolescence OR adolescents OR teenagers*

*OR teen), alexithymia AND (depersonalization-derealization disorder OR depersonalization OR derealization) AND (adolescence OR adolescents OR teenagers OR teen), alexithymia AND dissociative amnesia disorder AND (adolescence OR adolescents OR teenagers OR teen), alexithymia AND (dissociation OR dissociate OR dissociative) AND (adolescence OR adolescents OR teenagers OR teen).*

I criteri utilizzati per la selezione degli articoli sono: a) essere articoli scientifici, b) basarsi su un campione di adolescenti con età compresa tra i 10 e i 19 anni, c) indagare il rapporto tra alexitimia e dissociazione in soggetti adolescenti.

Il seguente diagramma di flusso (Fig. 3) schematizza brevemente le procedure di selezione degli articoli ottenuti attraverso le stringhe di ricerca sopracitate.

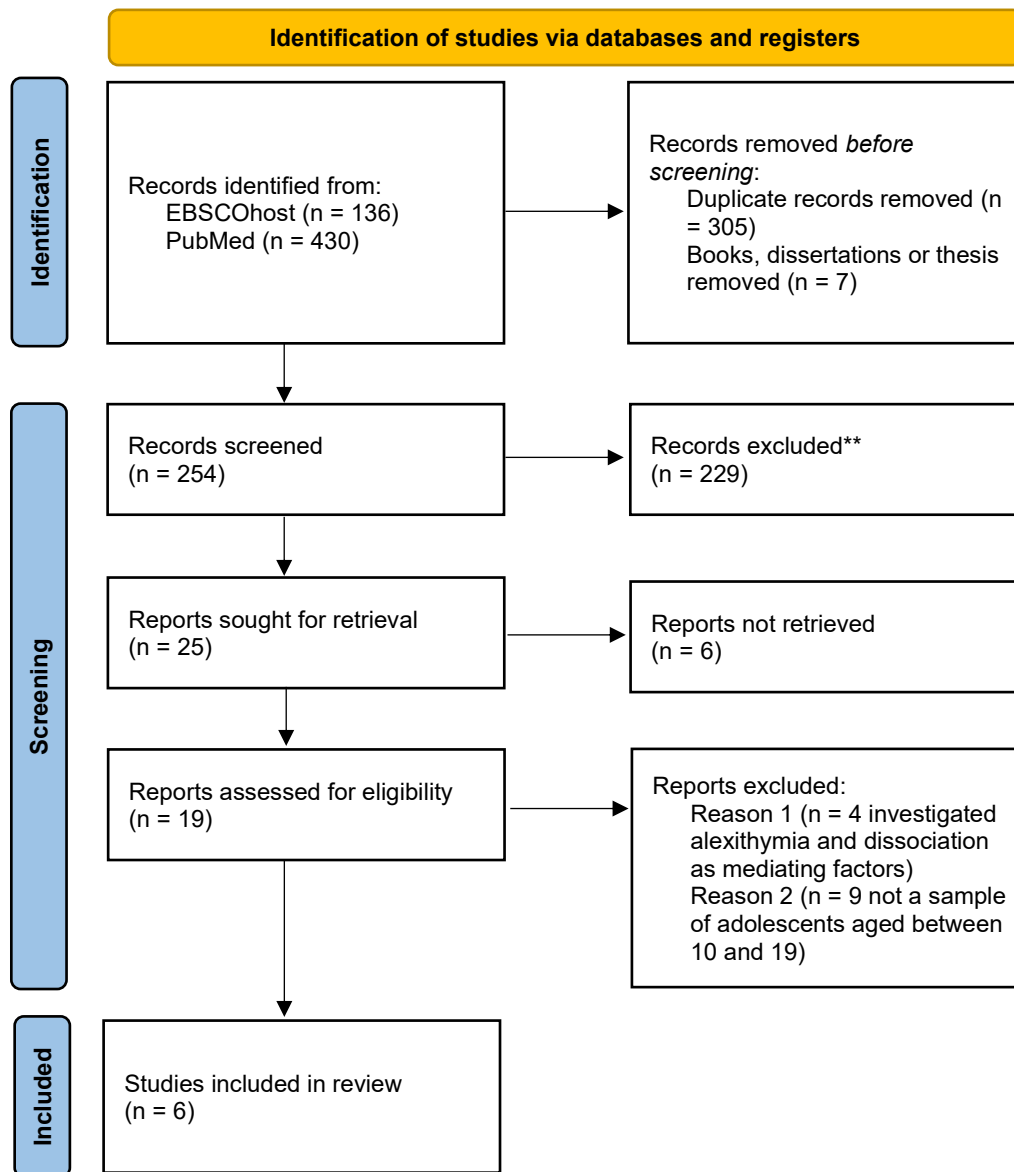


Figure 3 Diagramma di flusso PRISMA

Ciascuna stringa di ricerca è stata utilizzata in entrambi i database (EBSCOhost e PubMed), dando origine ad un totale di 566 risultati (136 articoli attraverso EBSCOhost e 430 articoli attraverso PubMed), dei quali ne sono stati esclusi 305 poiché duplicati e 7 poiché non costituivano articoli scientifici.

In seguito, è stata effettuata un'analisi preliminare circoscritta al titolo e all'abstract dei 254 articoli rimanenti, la quale ha portato all'esclusione di 229 articoli, poiché ritenuti

irrilevanti ai fini della review narrativa. Dei 25 articoli ritenuti idonei sulla base del titolo e dell'abstract, 6 non sono stati consultati poiché non è stato possibile entrarne in possesso.

I 19 articoli rimanenti sono stati analizzati interamente con l'obiettivo di verificarne l'idoneità ai fini della revisione. Sono stati esclusi 4 articoli poiché analizzavano l'alessitimia e la dissociazione come fattori di mediazione in altre patologie e 9 articoli poiché riguardavano giovani soggetti oltre i 19 anni di età. Dopo queste procedure di selezione, 6 articoli sono stati ritenuti definitivamente idonei ai fini della revisione poiché: (1) erano articoli scientifici, (2) indagavano il rapporto tra alessitimia e dissociazione, (3) i soggetti in esame rientravano nella fascia di età compresa tra i 10 e i 19 anni.

Di seguito è riportata una tabella riassuntiva (Tab. 1) contenente le caratteristiche principali, risultati e limiti di ciascun articolo scientifico utilizzato per la review narrativa.



Tabella 1 Analisi articoli

Studio	Campione	Strumenti utilizzati	Obiettivi e ipotesi	Risultati	Limiti
1. Sayar et al., 2005  <i>Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey</i>	Studio cross-sectional condotto su un campione di 173 studenti, tra i 13 e i 18 anni, frequentanti una scuola superiore di Mus, una città della Turchia orientale.  Il campione è costituito da 45 femmine e 128 maschi.	Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES) Beck Depression Inventory (BDI) Beck Anxiety Inventory (BAI) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	Si ipotizza che i soggetti alessitimici siano maggiormente predisposti a sperimentare vissuti dissociativi, indipendentemente dallo stress esperito.	a) I punteggi relativi alla dissociazione, ottenuti attraverso la scala A-DES, sono nettamente superiori nei soggetti con alti livelli di alessitimia, depressione e ansia, indipendentemente dal genere; b) I punteggi relativi all'alessitimia, ottenuti attraverso la TAS-20, risultano essere influenzati dal genere: le femmine presentano punteggi più alti, specialmente nelle subscale DIF ( <i>difficulty identifying feelings</i> ) e DDF ( <i>difficulty describing feelings</i> ); c) Gli adolescenti con storie di abuso fisico presentano punteggi più elevati di dissociazione e alessitimia; d) Correlazione positiva tra i punteggi di dissociazione ottenuti tramite la A-DES e il punteggio totale della TAS-20, i punteggi ottenuti nelle subscale DIF e DDF, nelle	a) Studio cross-sectional che rende difficile stabilire con certezza rapporti di causalità; b) L'affidabilità della TAS-20 risulta inferiore per gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni; c) I risultati ottenuti potrebbero risentire della cultura di appartenenza, rendendo difficile generalizzare i risultati.

				scale BAI, BDI e RSES. In particolare, alti punteggi nella subscale DIF, alti livelli di ansia ed esperienze di abuso fisico rappresentano fattori predittivi di dissociazione; e) I soggetti alessitimici hanno maggiore probabilità di manifestare sintomi dissociativi rispetto ai pari non alessitimici.	
2. Kekkonen et al., 2021  <i>Stability of alexithymia is low from adolescence to young adulthood, and the consistency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation</i>	Studio longitudinale condotto nel 2005 su 755 adolescenti tra i 13 e i 18 anni, successivamente sottoposti a follow-up nel 2011. I soggetti sono tutti studenti e studentesse frequentanti una scuola superiore o un istituto professionale di Kuopio, città della Finlandia orientale.	Youth Self-Report 11-18 (YSR) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) Beck Depression Inventory (BDI) Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES)	L'obiettivo dello studio è indagare la stabilità dei punteggi ottenuti nella TAS-20, osservando le variazioni che si verificano nel passaggio alla giovane età adulta. Si ipotizza un'instabilità dei livelli di alessitimia, associati a qualità delle relazioni sociali, solitudine, sintomi depressivi e dissociativi.	a) Elevati livelli di alessitimia sono associati ad alti punteggi nella A-DES, minore frequenza di uscite con gli amici durante la settimana, scarse relazioni con i pari, solitudine, alti punteggi nella BDI; b) Si evidenzia una correlazione positiva tra i punteggi della A-DES e i punteggi della TAS-20, in particolare con le subscale DIF e DDF; c) Durante il follow-up di 6 anni, si è verificata una riduzione del punteggio totale della TAS-20, in particolare nella subscale EOT. Il decremento relativo alle	a) L'affidabilità della TAS-20 risulta inferiore per gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni; b) All'interno del campione, la popolazione femminile è il doppio rispetto a quella maschile; c) Elevato tasso di abbandono, associato a genere maschile, problemi scolastici e mancanza di hobby; e) Non è possibile stabilire se i partecipanti siano stati seguiti da uno psicologo durante l'intervallo di 6 anni; f) Seppur sia stata evidenziata un'associazione tra alessitimia e dissociazione, non viene

				<p>subscale DIF e DDF è di lieve portata;</p> <p>d) L'incremento del punteggio totale della TAS-20 e delle subscale DIF e DDF nel follow-up di 6 anni è associato alla presenza di sintomi dissociativi e depressivi al baseline;</p> <p>e) La presenza di significativi livelli di alessitimia in adolescenza non costituisce necessariamente un predittore di alessitimia in età adulta;</p> <p>f) La dissociazione e l'alessitimia risultano due costrutti sovrapponibili.</p>	<p>approfondita la natura del rapporto tra tali costrutti;</p> <p>g) Possibile presenza di bias dovuti alla procedura di selezione dei partecipanti.</p>
<p>3. Sayar &amp; Kose, 2003</p> <p><i>The relationship between alexithymia and dissociation in an adolescent sample</i></p>	<p>Studio cross-sectional condotto su un campione di 145 studenti frequentanti la scuola superiore di Giresun, in Turchia.</p> <p>Il campione è costituito da 88 femmine e 57 maschi, selezionati casualmente, di</p>	<p>Dissociative Experiences Scale (DES)</p> <p>Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)</p> <p>Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)</p> <p>Beck Depression Inventory (BDI)</p>	<p>L'obiettivo dello studio è indagare il rapporto tra alessitimia e dissociazione in adolescenza, valutando il ruolo di altri possibili fattori predittivi di sintomi dissociativi.</p>	<p>a) Punteggi elevati di depressione, ansia e alessitimia e una minore autostima influenzano significativamente i punteggi relativi alla dissociazione;</p> <p>b) L'analisi bivariata ha evidenziato che la dissociazione è associata a punteggi elevati di depressione, ansia e alessitimia. Tuttavia, la successiva analisi multivariata ha messo in luce che l'unico</p>	<p>a) Studio cross-sectional che rende difficile stabilire con certezza rapporti di causalità;</p> <p>b) La scala DES è rivolta alla popolazione adulta, tuttavia è stato impossibile utilizzare la versione per gli adolescenti (A-DES), poiché non validata sulla popolazione turca;</p> <p>c) L'affidabilità della TAS-20 risulta inferiore per gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni;</p>

	età compresa tra i 15 e i 18 anni.	Beck Anxiety Inventory (BAI)		fattore predittivo della dissociazione è l'ansia, non l'alessitimia. Viene inoltre evidenziata l'associazione tra alessitimia e ansia.	d) I risultati ottenuti potrebbero risentire della cultura di appartenenza; e) Le scale di autovalutazione potrebbero risentire della desiderabilità sociale.
4. Pellerone et al., 2017  <i>Alexithymia and psychological symptomatology: research conducted on a non-clinical group of Italian adolescents</i>	Studio cross-sectional condotto su un campione di 389 studenti siciliani, di età compresa tra gli 11 e i 16 anni. Il campione è costituito da 192 maschi e 197 femmine.	Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)	Il primo obiettivo dello studio è indagare l'associazione di genere ed età con l'alessitimia, mentre il secondo è misurare le variabili predittive dell'alessitimia. Si ipotizza che: (a) i maschi presentino livelli più elevati di alessitimia, (b) l'alessitimia riduca con l'età poiché migliorano le abilità di regolazione emotiva, (c) le femmine presentino maggiori livelli	a) Sono state evidenziate significative differenze nelle dimensioni di ansia, depressione, stress post-traumatico, dissociazione e fantasia in base al genere; b) Il genere risulta correlato negativamente con la difficoltà a descrivere le emozioni (DDF) e correlato positivamente con ansia, depressione, stress post-traumatico. Rispetto alle femmine, i maschi presentano punteggi più bassi di ansia, depressione, stress post-traumatico, dissociazione e fantasia, mentre punteggi più alti in relazione a DIF e preoccupazioni sessuali; c) L'età non sembra correlata alla capacità di regolare e descrivere le emozioni; d) Livelli significativi di dissociazione e bassi livelli di	a) Studio cross-sectional che rende difficile stabilire con certezza rapporti di causalità; b) I risultati potrebbero essere dovuti alla differente natura delle esperienze sperimentate dai soggetti, che presentano età diverse; c) Seppur sia stata evidenziata un'associazione tra alessitimia e dissociazione, non viene approfondita la natura di tale rapporto. La dissociazione risulta essere una delle tante variabili associate all'alessitimia; d) Le scale di autovalutazione potrebbero risentire della desiderabilità sociale.

			sintomatologia psicologica.	depressione sembrano predire livelli significativi di alessitimia.	
5. Tolmunen et al., 2010  <i>Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena</i>	Studio cross-sectional condotto su un campione di 4019 adolescenti finlandesi (1849 maschi e 2170 femmine) di età compresa tra i 13 e i 18 anni.	Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) 21-items Beck Depression Inventory (BDI-21) Youth Self-Report 11-18 (YSR)	Gli obiettivi dello studio sono: (a) determinare la presenza di una sovrapposizione tra la scala A-DES e le altre scale di valutazione, (b) individuare le patologie psichiatriche riscontrate in individui con alti livelli di dissociazione, (c) stabilire quale scala meglio predice alti livelli di dissociazione.	a) È stata evidenziata una forte associazione tra le differenti scale e subscale; b) Le subscale “difficoltà a identificare le emozioni” (DIF) della TAS-20 e “problemi di pensiero” della YSR presentavano l’associazione più significativa con i livelli di dissociazione; c) L’alessitimia, in particolare la difficoltà a identificare le emozioni, risulta un forte predittivo di alti livelli di dissociazione.	a) Studio cross-sectional che rende difficile stabilire con certezza rapporti di causalità; b) Non è stato indagato se i livelli di dissociazione fossero collegati ad esperienze traumatiche; c) L’affidabilità della TAS-20 risulta inferiore per gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni.
6. Germani et al., 2023  <i>The relationships between compulsive internet use, alexithymia, and</i>	Studio cross-sectional condotto su un campione di 594 adolescenti italiani di età compresa tra i 13 e i 19 anni. Il campione è composto per il	Compulsive Internet Use Scale (CIUS-14) Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) Adolescent Dissociative	L’obiettivo di questo studio è indagare: (a) il rapporto tra utilizzo compulsivo di internet, alessitimia e dissociazione in	a) Utilizzo compulsivo di internet, alessitimia, dissociazione e il rapporto tra queste variabili sembra influenzato dal genere ma non dall’età; b) Le femmine presentano livelli maggiori di alessitimia e di utilizzo compulsivo di	a) Studio cross-sectional che rende difficile stabilire con certezza rapporti di causalità; (b) Trattandosi di un campione omogeneo di soli adolescenti italiani, i risultati risultano meno generalizzabili;

<p><i>dissociation: gender differences among Italian adolescents</i></p>	<p>47,6% da femmine e per il 52,4% da maschi.</p>	<p>Experience Scale (A-DES)</p>	<p>funzione del genere e dell'età; (b) la correlazione tra utilizzo di internet, alessitimia e dissociazione, (c) il ruolo di alessitimia e dissociazione nell'utilizzo compulsivo di internet, (d) il ruolo mediatore della dissociazione nella relazione tra alessitimia e utilizzo compulsivo di internet.</p> <p>Si ipotizza che: (a) l'utilizzo compulsivo di internet sia predominante nei maschi, mentre nelle femmine si registrino punteggi più elevati di alessitimia, (b) il genere non influenzi i livelli</p>	<p>internet (probabilmente dovuti ai livelli di alessitimia);</p> <p>c) Associazione positiva e significativa tra alessitimia (in particolare "difficoltà a identificare le emozioni") e utilizzo compulsivo di internet, indipendentemente dal genere. La dissociazione media la relazione tra alessitimia ed utilizzo compulsivo di internet solo nel campione femminile.</p> <p>d) Significativa associazione positiva tra alessitimia e dissociazione, indipendentemente dal genere. L'alessitimia favorisce l'insorgenza di vissuti dissociativi.</p>	<p>(c) Le scale di autovalutazione potrebbero risentire della desiderabilità sociale;</p> <p>(d) L'affidabilità della TAS-20 risulta inferiore per gli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni;</p> <p>(e) Non viene approfondito il rapporto tra alessitimia e dissociazione.</p>
--	---	---------------------------------	--	--	---

			di dissociazione, (c) alessitimia e dissociazione diminuiscano con l'età, (d) alessitimia e dissociazione siano positivamente correlate con l'utilizzo problematico di internet, (e) la relazione tra alessitimia e uso problematico di internet sia mediata dalla dissociazione.		
--	--	--	---	--	--

### 3.2.1 Descrizione degli articoli e risultati

Gli articoli in esame, i quali coprono un arco temporale che va dal 2003 al 2023, riguardano un campione totale di 6075 adolescenti (3316 femmine e 2759 maschi), di età compresa tra gli 11 e i 19 anni, con una prevalenza della popolazione tra i 13 e i 18 anni. Gli studi (1, 3, 4, 5, 6) sono trasversali, mentre lo studio (2) è longitudinale.

Il campione è stato analizzato attraverso i seguenti strumenti di valutazione self-report: Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994), Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES; Armstrong et al., 1997), Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putnam, 1986), 21-items Beck Depression Inventory (BDI-21; Beck et al., 1961), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al., 1988), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965), Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996), Youth Self-Report 11-18 (YSR; Achenbach, 2001), Compulsive Internet Use Scale (CIUS-14; Meerkerk et al., 2009).

Gli studi (1, 2, 3, 5, 6) hanno evidenziato la presenza di una significativa associazione tra alessitimia e dissociazione: i soggetti con elevati livelli di alessitimia presentavano anche alti punteggi di dissociazione. In particolare, gli studi (1, 2, 5, 6) mostrano che tale associazione è ancora più forte con la caratteristica alessitimica “difficoltà a identificare le emozioni” (DIF), mentre lo “stile di pensiero orientato all'esterno” (EOT) non risulta associato alla dissociazione in modo rilevante (2, 5, 6). Secondo lo studio (1) la relazione tra alessitimia e dissociazione sarebbe in parte mediata dallo stress e da eventi traumatici.

In accordo con la letteratura, dagli studi (1, 4, 6) è emerso che le femmine presentano livelli più alti nel punteggio totale della TAS-20, nelle subscale DIF e DDF, mentre nel caso della subscale EOT il genere non costituisce una variabile rilevante. A differenza del genere, la situazione economica non sembra esercitare alcuna influenza (1). Elevati livelli di alessitimia sono associati a depressione (1, 2), ansia (1, 3, 4), scarsa autostima (1), solitudine (2), stress post-traumatico (4), minori uscite con gli amici (2), scarse relazioni con i pari (2). I livelli di



alessitimia, in particolare relativi alle dimensioni DIF e DDF, sono più alti nelle persone con storie di abuso (1). Secondo lo studio (4) alti livelli di rabbia sembrano predire uno stile di pensiero orientato all'esterno (EOT).

Gli autori dell'articolo (2) si sono focalizzati sull'analisi della stabilità dei livelli di alessitimia, attraverso uno studio longitudinale condotto a distanza di 6 anni. È emerso che, mentre nel 2005 17 ragazzi e 49 ragazze avevano ottenuto un punteggio totale della TAS-20 superiore a 61 (cut-off), nel 2011 solo 6 ragazzi e 29 ragazze presentavano un punteggio superiore al cut-off. Gli autori hanno osservato una significativa riduzione dei punteggi nella TAS-20, in particolare nella subscale EOT, dimostrando la scarsa stabilità del costrutto. Tale decremento viene spiegato dagli autori come dovuto al fatto che la personalità e le strategie di regolazione dell'adolescente sono ancora in fase di sviluppo.

Nello studio (4) viene confermata la teoria secondo cui le caratteristiche alessitimiche sarebbero una reazione transitoria (*secondary alexithymia*) seguita da fenomeni dissociativi, utilizzata al fine di alleviare emozioni dolorose associate allo stress (Eizaguirre et al., 2004; Johnson et al., 1995) o a ad eventi traumatici (Kooiman et al., 2004).

In merito alla dissociazione, lo studio (4), in accordo con le teorie attuali, ha evidenziato la presenza di punteggi più alti negli adolescenti più giovani. I livelli di dissociazione sono associati a livelli elevati nella subscale DIF (1, 5), storie di abuso (1) e punteggi elevati di ansia (1, 3), depressione (1, 3, 5) e autostima (1, 3).

Sebbene negli studi (1, 3, 6) i livelli di dissociazione non fossero influenzati dal genere, lo studio (4) ha evidenziato punteggi più bassi negli uomini rispetto che nelle donne.

Gli autori dello studio (1), in accordo con Sayar et al., (2005), suggeriscono che guidare i soggetti alessitimici nel riconoscimento delle sensazioni che sperimentano, permetterebbe di incrementare le capacità di identificazione e regolazione, riducendo la tendenza a sperimentare sintomatologia dissociativa.

### 3.2.2 Interpretazione dei risultati in funzione dell'attuale cornice teorica

Le innumerevoli e pervasive trasformazioni che caratterizzano il periodo adolescenziale compromettono la capacità dell'adolescente di essere consapevole e controllare i propri vissuti interiori, che in questa fase assumono una forma nuova e dirompente. In adolescenza, i tratti Alessitimici sembrano riflettere uno sviluppo incompleto della personalità e delle strategie di regolazione (Buchanan et al., 1992; Kekkonen et al., 2021). L'alessitimia sembra essere associata a meccanismi di difesa primitivi, che determinano una modalità relativamente immatura nella gestione dei problemi emotivi (Parker et al., 1998). L'utilizzo dell'alessitimia come meccanismo di difesa da parte degli adolescenti sembra essere causato da una mancata sintonizzazione e sicurezza emotiva durante l'infanzia (Berenbaum & James, 1994), la quale ha determinato una regressione emotiva a un livello primitivo (Craparo et al., 2016; Pellerone et al., 2017).

Per le ragioni sopracitate, è possibile sostenere l'idea che un certo grado di Alessitimia costituisca una caratteristica fisiologica in questa fase dello sviluppo (Tolmunen et al., 2010): le trasformazioni che si verificano sul piano cerebrale, psicologico e sociale portano l'adolescente a sperimentare le emozioni con un'intensità talmente travolgente, da lasciarlo disorientato. In questa fase, i vissuti emotivi assumono maggiore complessità e pervasività, a fronte di funzioni cognitive superiori non ancora del tutto mature, rendendone più difficile il riconoscimento e il controllo da parte dell'adolescente, che si trova in balia di essi. In accordo con questa ipotesi, alcuni studi hanno messo in evidenza che gli adolescenti più giovani sembrano presentare livelli maggiori di Alessitimia rispetto a quelli più grandi, i quali hanno maturato strategie di regolazione più elaborate rispetto ai primi (Basile et al., 2009; Gatta et al., 2012; Honkalampi et al., 2009).

In accordo con lo studio (4), i tratti Alessitimici potrebbero avere carattere transitorio (*secondary alexithymia*), emergendo in risposta a situazioni stressanti e dando origine a

fenomeni dissociativi, al fine di alleviare le emozioni dolorose (Johnson et al., 1995; Parker et al., 1991). Secondo Bermond (1997), è possibile distinguere due tipologie di alessitimia: alessitimia primaria (*primary alexithymia*) e alessitimia secondaria (*secondary alexithymia*). L'*alessitimia primaria* è caratterizzata da un basso grado di consapevolezza cosciente dell'arousal emotivo e di cognizione che accompagna le emozioni. Questo tipo di alessitimia ha origini biologiche e rappresenta un tratto di personalità relativamente stabile. L'*alessitimia secondaria* è caratterizzata da un alto grado di consapevolezza cosciente dell'arousal emotivo e da un basso grado di cognizione che accompagna le emozioni. Questo tipo di alessitimia è associato a eventi traumatici e stressanti, configurandosi come un meccanismo di difesa transitorio che, tuttavia, può trasformarsi in una modalità di risposta stabile.

L'incapacità di dare un senso e comprendere ciò che avviene nel proprio mondo interno, favorisce una percezione di distacco dal sé, che può sfociare in vissuti dissociativi. La fragilità che caratterizza la fase di sviluppo adolescenziale aumenta l'insorgenza di episodi dissociativi (Putnam, 1993), i quali non costituiscono di per sé una manifestazione psicopatologica. Si tratta piuttosto di una reazione difensiva emotiva intensa che deriva dal senso di sopraffazione e disorientamento causato dalle sfide che l'adolescente si trova ad affrontare (Waterman, 1985), e dall'aumentata preoccupazione e autocoscienza (Adams et al., 1987).

Le ridotte capacità di regolazione emotiva che caratterizzano questa fase evolutiva, espongono maggiormente gli adolescenti a episodi dissociativi (Casey et al., 2008; Hare et al., 2008), in particolare i soggetti con elevati livelli di sintomi di panico o disturbi di panico (Achiam-Montal et al., 2013; Doerfler et al., 2007). Un'erronea e/o negativa valutazione cognitiva delle esperienze dissociative, che ad esempio possono essere interpretate come una perdita di controllo sulla mente e sul corpo, può generare sintomi di panico (Černis et al., 2020; Hunter et al., 2003; Lofthouse et al., 2023, Shipp et al., 2023).

Come nel caso dell'alessitimia, un certo grado di dissociazione sembra essere una caratteristica intrinseca della fase adolescenziale. È stato suggerito che la dissociazione normativa raggiunga il picco durante gli anni di latenza e diminuisca durante l'adolescenza (Putnam, 1993). Gli adolescenti di età compresa tra i 13 e i 15 anni di età manifestano livelli di dissociazione più alti rispetto a quelli di età compresa tra i 16 e i 18 anni (Tolmunen et al., 2007). In accordo con i risultati dello studio (1), la dissociazione si configura come un meccanismo di difesa finalizzato all'adattamento/coping utile a fronteggiare elevati livelli di ansia e stress. Tale aspetto è amplificato nei soggetti alessitimici, nei quali i sintomi dissociativi si configurano come una modalità per fuggire dai sentimenti di disagio che non riescono a verbalizzare e definire (Sayar et al., 2005).

Alla luce di queste evidenze, Elzinga (2002) ritiene che la dissociazione sia maggiormente associata all'alessitimia secondaria, che emerge in risposta a eventi stressanti e fonte di disagio. Tuttavia, appare evidente che i fenomeni dissociativi vadano ad amplificare la confusione e il disorientamento preesistente nei soggetti alessitimici: durante gli episodi dissociativi, in particolare di depersonalizzazione, il soggetto manifesta significative difficoltà a comprendere e riconoscere i propri sentimenti (Elzinga et al. 2002). La frequente sintomatologia dissociativa può perciò rinforzare i tratti alessitimici (Craparo, 2011; Craparo et al., 2014; Schimmenti, 2017).

### **3.3 Limiti degli studi**

Attualmente la letteratura relativa alla relazione tra alessitimia e dissociazione in adolescenza è esigua, di conseguenza è difficile stabilire con certezza la natura di questa relazione all'interno della popolazione adolescenziale. Inoltre, sebbene in tutti gli studi in esame venga dimostrata una forte associazione tra i livelli di alessitimia e di dissociazione, non vengono fornite possibili spiegazioni relative alla natura di questo rapporto. È opportuno tenere

presente che, ad eccezione dello studio (2), tutti gli altri sono studi trasversali, di conseguenza non è possibile stabilire con certezza un rapporto causa-effetto.

Un limite che contraddistingue tutti gli studi in esame è l'utilizzo esclusivo della TAS-20 per la valutazione delle caratteristiche alessitimiche. La TAS-20, infatti, presenta una ridotta affidabilità negli adolescenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni (Sakkinen et al., 2007). Ciò sembra essere dovuto al fatto che le strategie di regolazione emotiva sono ancora in fase di costruzione (Bagby et al., 2020).

Nello studio (3), per valutare i livelli di dissociazione, è stata utilizzata la scala DES, destinata esclusivamente alla popolazione adulta. La scelta è stata motivata dall'impossibilità di utilizzare la versione per adolescenti A-DES, poiché non validata sulla popolazione turca.

Tutti gli strumenti utilizzati per indagare il campione di adolescenti sono self-report, di conseguenza i risultati potrebbero essere influenzati dalla desiderabilità sociale e dalla percezione soggettiva dei soggetti.

Infine, gli studi sono stati condotti su campioni relativamente omogenei, dando origine a risultati che possono risentire della cultura di appartenenza e non essere generalizzabili.

## CAPITOLO 4

### CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI

Sebbene la ricerca relativa al rapporto tra alessitimia e dissociazione sia limitata in adolescenza, i risultati ottenuti attraverso la revisione sistematica hanno permesso di confermare l'ipotesi secondo cui alessitimia e dissociazione sarebbero associate. Tuttavia, non è possibile stabilire con certezza l'esistenza di un rapporto causa-effetto tra i due costrutti in esame. In particolare, è emerso come l'incapacità di identificare le emozioni, tipica dei soggetti alessitimici, sia strettamente collegata alla sintomatologia dissociativa: l'incapacità di dare un senso a ciò che avviene dentro di noi crea una frattura, un distacco, dal proprio sé, favorendo l'insorgenza di episodi di depersonalizzazione.

Entro certi limiti, si può assumere che alcune caratteristiche alessitimiche e certi fenomeni dissociativi costituiscano un aspetto fisiologico nel periodo adolescenziale. In questa fase evolutiva, infatti, l'adolescente si trova in bilico tra le certezze infantili ormai perdute e la prospettiva di un futuro incerto, ulteriormente sbilanciato da un'identità acerba, a tratti sconosciuta, e da emozioni nuove e intense. La portata evolutiva di questi cambiamenti sembra giustificare i sentimenti di disorientamento, sopraffazione ed estraneazione che pervadono l'adolescente, il cui cervello "maturo" (incremento della corticalizzazione e delle funzioni cognitive superiori) è in fase maturativa.

L'alessitimia e la dissociazione si configurano come meccanismi di coping utilizzati dall'adolescente per far fronte allo stress e al disagio esperito, in assenza di strategie di regolazione emotiva più sofisticate, legate a una maturazione cerebrale non ancora completa.

Nonostante i risultati promettenti, la natura della relazione tra alessitimia e dissociazione – anche nelle caratteristiche di causa-effetto e primarietà/secondarietà dei fenomeni – negli adolescenti non è ancora universalmente condivisa e necessiterebbe di maggiori

approfondimenti. Sarebbe utile in futuro indagare come le sfide che contraddistinguono la fase adolescenziale destabilizzino l'adolescente a tal punto da fare ricorso all'alessitimia e alla dissociazione per fuggire e proteggersi da sé stesso, delineando inoltre un confine entro il quale le manifestazioni alessitimiche e dissociative possano essere ritenute fisiologiche.

## SITOGRAFIA

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/adolescence>

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/myelination>

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/pruning>

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/myelin>

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/trauma>

American Psychological Association. (2015). APA Dictionary of Psychology (2nd ed.)

<https://dictionary.apa.org/eye-movement-desensitization-and-reprocessing>

Enciclopedia Treccani. <https://www.treccani.it/enciclopedia/puberta/>

## BIBLIOGRAFIA

Achenbach, T. M. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT.

Achiam-Montal, Tibi, L., & Lipsitz, J. D. (2013). Panic disorder in children and adolescents with noncardiac chest pain. *Child Psychiatry and Human Development*, 44(6), 742–750.

Adams, G. R., Abraham, K. G., & Markstrom, C. A. (1987). The relations among identity development, self-consciousness, and self-focusing during middle and late adolescence. *Developmental Psychology*, 23(2), 292–297.

Albiero, P. (A. c. Di). (s.d.). *Il benessere psicosociale in adolescenza. Prospettive multidisciplinari* (2021<sup>a</sup> ed.).



- Aleman, A. (2005). Feelings you can't imagine: Towards a cognitive neuroscience of alexithymia. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(12), 553–555.
- Aliya R Webermann, Amie C Myrick, Christina L Taylor, Gregory S Chasson, & Bethany L Brand. (2016). Dissociative, depressive, and PTSD symptom severity as correlates of nonsuicidal self-injury and suicidality in dissociative disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1), 67–80.
- Alvarez, J. A., & Emory, E. (2006). Executive function and the frontal lobes: A meta-analytic review. *Neuropsychology Review*, 16(1), 17–42.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5 Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, S. L., & Gazzara, R. A. (1993). The ontogeny of apomorphine-induced alterations of neostriatal dopamine release: Effects of spontaneous release. *Journal of Neurochemistry*, 61(6), 2247–2255.
- Armstrong, J. G., Putnam, F. W., Carlson, E. B., Libero, D. Z., & Smith, S. R. (1997). Development and validation of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(8), 491–497.
- Attie, I., & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25(1), 70–79.
- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: A prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 64(1), 43–48.
- Bae, H., Kim, D., & Park, Y. C. (2016). Dissociation predicts treatment response in eye-movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(1).

- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 131.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto structured interview for alexithymia: Item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 25–39.
- Baker, D., Hunter, E. C. M., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., Sierra, M., Lambert, M. V., Phillips, M. L., & David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 182, 428–433.
- Ball, S., Robinson, A., Shekhar, A., & Walsh, K. (1997). Dissociative symptoms in panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(12), 755–760.
- Bamonti, P. M., Heisel, M., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. *Psychiatry*, 18(1), 51–56.
- Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, 42(3), 235–240.
- Barnea-Goraly, N., Menon, V., Eckert, M., Tamm, L., Bammer, R., Karchemskiy, A., Dant, C. C., & Reiss, A. L. (2005). White matter development during childhood and adolescence: A cross-sectional diffusion tensor imaging study. *Cerebral Cortex*, 15(12), 1848–1854.

- Basile, G., Monniello, G., & Quadrana, L. (2009). Alessitimia e disturbi di personalità in adolescenza. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 76(3), 1000–1019.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1 Pt. 2), 1–103.
- Becerra, R., Baeza, C. G., Fernandez, A. M., & Preece, D. A. (2021). Assessing alexithymia: Psychometric properties of the Perth Alexithymia Questionnaire in a spanish-speaking sample. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 710398.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., & Plomin, R. (2004). A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 522–532.
- Belli, H., Ural, C., Vardar, M. K., Yesilyurt, S., & Oncu, F. (2012). Dissociative symptoms and dissociative disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 975–980.
- Berardis, D. D., D'Albenzio, A., Gambi, F., Sepede, G., Valchera, A., Conti, C. M., Fulcheri, M., Cavuto, M., Ortolani, C., Salerno, R. M., Serroni, N., & Ferro, F. M. (2009). Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in

- a nonclinical sample. *Cyberpsychology & behavior: the impact of internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, 12(1), 67–69.
- Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 56(4), 353–359.
- Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: A preliminary study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(3), 117–122.
- Bermond, B. (1995). Alexithymie, een neuropsychologische benadering. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 717–727.
- Bermond, B. (1997). Brain and alexithymia. In *The non-expression of emotion in health and disease* (pp. 115–131). Tilburg: Tilburg University Press.
- Bermond, B., Clayton, K., Liberova, A., Luminet, O., Maruszewski, T. F., Ricci Bitti, P. E., Rimé, B., Vorst, H. C. M., Wagner, H., & Wicherts. (2007). A cognitive and an affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations. *Cognition and Emotion*, 21(5), 1125–1136.
- Bermond, B., Vorst, H. C. M., & Moormann, P. P. (2006). Cognitive neuropsychology of alexithymia: Implications for personality typology. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(3), 332–360.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Berthoz, S., Artiges, E., Van de Moortele, P.-F., Poline, J.-B., Rouquette, S., Consoli, S., & Martinot, J.-L. (2002). Effect of impaired recognition and expression of emotions on frontocingulate cortices: An fmri study of men with alexithymia. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 961–967.

- Besharat, M. A. (2007). Psychometric properties of Farsi version of the emotional intelligence Scale-41 (FEIS-41). *Personality and Individual Differences, 43*(5), 991–1000.
- Bi, X., Yang, Y., Li, H., Wang, M., Zhang, W., & Deater-Deckard, K. (2018). Parenting styles and parent–adolescent relationships: The mediating roles of behavioral autonomy and parental authority. *Frontiers in Psychology, 9*, 2187.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child, 22*(1), 162–186.
- Blue, F. R. (1979). Use of directive therapy in the treatment of depersonalization neurosis. *Psychological Reports, 45*, 904–906.
- Bottesi, G. (2023). Vulnerabilità psicopatologica in adolescenza: L'intolleranza all'incertezza come fattore di rischio transdiagnostico. *Psicologia clinica dello sviluppo, 27*(1), 5–30.
- Bourke, M. P., Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bagby, R. M. (1992). Alexithymia in women with anorexia nervosa. A preliminary investigation. *British Journal of Psychiatry, 161*, 240–243.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bozkurt, H., Mutluer, T. D., Kose, C., & Zoroglu, S. (2015). High psychiatric comorbidity in adolescents with dissociative disorders. *Psychiatry and clinical neuroscience, 69*(6), 369–374.
- Bremner, J. D., Krystal, J. H., Putnam, F. W., Southwick, S. M., Marmar, C., Charney, D. S., & Mazure, C. M. (1998). Measurement of dissociative states with the Clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 125–136.

- Brewer, R., Cook, R., Cardi, V., Treasure, J., & Bird, G. (2015). Emotion recognition deficits in eating disorders are explained by co-occurring alexithymia. *Royal Society Open Science*, 2(1), 140382.
- Bria, P., & Rinaldi, L. (A. c. Di). (1999). *Corpo e mente in adolescenza. Contributi clinici ed esperienze psicoanalitiche*. Franco Angeli.
- Briere, J. (1996). Trauma symptom checklist for children: Professional manual. *Psychological Assessment Resources*.
- Brown, R. J. (2006). Different types of “dissociation” have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7–28.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17(2), 151–172.
- Buchanan, C. M., Eccles, J. S., & Becker, J. B. (1992). Are adolescents the victims of raging hormones? Evidence for activational effects of hormones on moods and behavior at adolescence. *Psychological Bulletin*, 111(1), 62–107.
- Buchanan, D. C., Waterhouse, G. J., & West Jr, S. C. (1980). A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34(4), 248–255.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 932–946.
- Bulai, I., & Enea, V. (2016). Dissociation and alexithymia in a Romanian sample of substance abuse patients. *Journal of Substance Use*, 21(6), 646–651.
- Cantone, D., Sperandio, R., Maldonato, M. N., Cozzolino, P., & Perris, F. (2012). Fenomeni dissociativi in un campione di pazienti ambulatoriali. *Rivista di psichiatria*, 47(3), 246–253.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*, 15–31.

- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16–27.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. The Guilford Press.
- Cassano, G. B., Petracca, A., Perugi, G., Toni, C., Tundo, A., & Roth, M. (1989). Derealization and panic attacks: A clinical evaluation on 150 patients with panic disorder/agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 5–12.
- Černis, E., Freeman, D., & Ehlers, A. (2020). Describing the indescribable: A qualitative study of dissociative experiences in psychosis. *PLoS One*, 15(2).
- Chan, J., Becerra, R., Weinborn, M., & Preece, D. A. (2023). Assessing alexithymia across Asian and western cultures: Psychometric properties of the Perth alexithymia questionnaire and Toronto alexithymia scale-20 in Singaporean and Australian samples. *Journal of Personality Assessment*, 105(3), 396–412.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 887–892.
- Ciarrochi, J., Heaven, P. C. L., & Supavadeeprasit, S. (2008). The link between emotion identification skills and socio-emotional functioning in early adolescence: A 1-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 31(5), 565–582.
- Cooley, C. H. (1902). Looking-glass self. In *The production of reality: Essays and readings on social interaction* (6<sup>a</sup> ed.). Jodi O'Brien.
- Corcus, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., & Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Research*, 93(3), 263–266.

- Craig, B. A. D. (2009). How do you feel—Now? The anterior insula and human awareness. *Nature reviews. Neuroscience*, *10*(1), 59–70.
- Craparo, G. (2011). Internet addiction, dissociation, and alexithymia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *30*, 1051–1056.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Psychiatry Investigation*, *11*(3), 330–335.
- Craparo, G., Gori, A., Dell’Aera, S., Costanzo, G., Fasciano, S., Tomasello, A., & Vicario, C. M. (2016). Impaired emotion recognition is linked to alexithymia in heroin addicts. *PeerJ*.
- Daeyoung, R., Woo-Jung, K., & Chan-Hyung, K. (2011). Alexithymia in obsessive-compulsive disorder: Clinical correlates and symptom dimensions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *199*(9), 690–695.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., Frewen, P. A., Carlson, E. B., & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, *138*(3), 550–588.
- Damon, W., & Hart, D. (1982). The Development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, *53*(4), 841–864.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., La Rovere, R., Pelusi, L., Penna, L., Cicconetti, A., Cotellessa, C., & Salerno, R. M. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *255*(5), 350–358.
- De Berardis, D., Cicconetti, A., Farano, M., Campanella, D., Carano, A., Scali, M., & Ferro, F. M. (2008). Alexithymia, somatic complaints and depressive symptoms in adolescence: A one-year longitudinal study. *Medicina Psicosomatica*, *53*(1), 5–12.



- De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Valchera, A., Carano, A., Vellante, F., Perna, G., Serafini, G., Gonda, X., Pompili, M., Martinotti, G., & Di Giannantonio, M. (2017). Alexithymia and suicide risk in psychiatric disorders: A mini-review. *Frontiers in Psychiatry*, 8(Article 148).
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Rapini, G., Olivieri, L., Feliziani, B., Carano, A., Valchera, A., Iasevoli, F., Tomasetti, C., Mazza, M., & Fornaro, M. (2015). Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 82–87.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43(1), 119–129.
- DeBattista, C., Solvason, H. B., & Spiegel, D. (1998). ECT in dissociative identity disorder and comorbid depression. *The Journal of ECT*, 14(4), 275–279.
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York : Routledge.
- Di Nicola, M., Ferri, V. R., Moccia, L., Panaccione, I., Strangio, A. M., Tedeschi, D., Grandinetti, P., Callea, A., De-Giorgio, F., Martinotti, G., & Janiri, L. (s.d.). Gender differences and psychopathological features associated with addictive behaviors in adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 2017.
- Ditzer, J., Wong, E. Y., Modi, R. N., Behnke, M., Gross, J. J., & Talmon, A. (2023). Child maltreatment and alexithymia: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(5–6), 311–329.

- Doerfler, L. A., Connor, D. F., Volungis, A. M., & Toscano Jr, P. F. (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 38(1), 57–71.
- Dubester, K. A., & Braun, B. G. (1995). Psychometric properties of the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(4), 231–235.
- Duddu, V., Isaac, M., & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 435–438.
- Dumontheil, I. (2014). Development of abstract thinking during childhood and adolescence: The role of rostralateral prefrontal cortex. *Development of abstract thinking during childhood and adolescence: the role of rostralateral prefrontal cortex*, 10, 57–76.
- Dutra, L., Bureau, J.-F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383–390.
- Eastabrook, J. M., Flynn, J. J., & Hollenstein, T. (2014). Internalizing symptoms in female adolescents: Associations with emotional awareness and emotion regulation. *Journal of Child and Family Studies*, 23(3).
- Eizaguirre, A. E., de Cabezón, A. O. S., de Alda, I. O., Olariaga, L. J., & Juaniz, M. (2004). Alexithymia and its relationships with anxiety and depression in eating disorders. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 321–331.
- Ellason, J. W., Ross, C. A., & Fuchs, D. L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255–266.
- Elzinga, B. M., Bermond, B., & van Dyck, R. (2002). The relationship between dissociative proneness and alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 104–111.

- Endo, T., Sugiyama, T., & Someya, T. (2006). Attention-deficit/hyperactivity disorder and dissociative disorder among abused children. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *60*(4), 434–438.
- Epifanio, M. S., La Grutta, S., Roccella, M., & Lo Baido, R. (2014). L'alessitimia come disturbo della regolazione affettiva. *Minerva Psichiatrica*, *55*(4), 193–205.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Evren, C., Sar, V., Evren, B., Semiz, U., Dalbudak, E., & Cakmak, D. (2008). Dissociation and alexithymia among men with alcoholism. *Psychiatry and clinical neurosciences*, *62*(1), 40–47.
- Fairchild, G. (2011). The developmental psychopathology of motivation in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *1*(4), 414–429.
- Freedman, M. B., & Sweet, B. S. (1954). Some specific features of group psychotherapy and their implications for selection of patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, *4*(1), 355.
- Frewen, P. A., Lanius, R., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. J., Pain, C., Hopper, J., Densmore, M., & Stevens, T. K. (2008). Clinical and neural correlates of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 171–181.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., Shaeffer, D., Lewis, J., Leavitt, F., Pasquotto, J. N., & Schwartz, D. R. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, *3*(3), 151–153.
- Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2022). Prevalence and correlates of dissociative symptoms among people with depression. *Journal of psychiatric research*, *154*, 132–138.

- Gaher, R. M., Arens, A. M., & Shishido, H. (2015). Alexithymia as a mediator between childhood maltreatment and impulsivity. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 31(4), 274–280.
- Galvan, A. (2010). Adolescent development of the reward system. *Frontiers in Human Neuroscience*, 4(6).
- Galvan, A. (2021). Adolescent brain development and contextual influences: A decade in review. *Journal of research on adolescence: the official journal of the Society for Research on Adolescence*, 31(4), 843–869.
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: An experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625–635.
- Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (s.d.). Vulnerabilities to deliberate self-harm among adolescents: The role of alexithymia and victimization. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 151–162.
- Gatta, M., Impollino, N., Del Col, L., Testa, P. C., & Svanellini, L. (2012). Alessitimia e psicopatologia in adolescenza: Studio caso-controllo. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 79(3).
- Germani, A., Lopez, A., Martini, E., Cicchella, S., Fortuna, A. M. D., Dragone, M., Pizzini, B., Troisi, G., & Picione, R. D. L. (2023). The relationships between compulsive internet use, alexithymia, and dissociation: Gender differences among Italian adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14).
- Gershuny, B. S., & Thayer, J. F. (1999). Relations among psychological trauma, dissociative phenomena, and trauma-related distress: A review and integration. *Clinical psychology review*, 19(5), 631–657.

- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors, 14*(3), 309–313.
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1021*(1), 77–85.
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evans, A. C., & Rapoport, J. L. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience, 2*(10), 861–863.
- Giesbrecht, T., Smeets, T., Leppink, J., Jellicic, M., & Merckelbach, H. (2013). Acute dissociation after 1 night of sleep loss. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 1*, 150–159.
- Gleaves, D. H., May, M. C., & Cardeña, E. (2001). An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. *Clinical psychology review, 21*(4), 577–608.
- Grabe, H. J., Frommer, J., Ankerhold, A., Ulrich, C., Groger, R., Franke, G. H., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Spitzer, C. (2008). Alexithymia and outcome in psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics, 77*(3), 189–194.
- Grabe, H. J., Rainermann, S., Spitzer, C., Gänsicke, M., & Freyberger, H. J. (2000). The relationship between dimensions of alexithymia and dissociation. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*(3), 128–131.
- Granner, M., Black, D. R., & Abood, D. A. (2002). Levels of cigarette and alcohol use related to eating-disorder attitudes. *American Journal of Health Behavior, 26*(1), 43–55.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In *Handbook of emotion regulation (2nd ed.)* (pp. 3–20).
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26.

- Grynberg, D., Chang, B., Corneille, O., Maurage, P., Vermeulen, N., Berthoz, S., & Luminet, O. (2012). Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): Systematic review, unanswered questions and further perspectives. *PLoS One*, 7(8).
- Guendelman, S., Bayer, M., Prehn, K., & Dziobek, I. (2022). Regulating negative emotions of others reduces own stress: Neurobiological correlates and the role of individual differences in empathy. *NeuroImage*, 254.
- Hahn, A. M., Simons, R. M., & Simons, J. S. (2016). Childhood maltreatment and sexual risk taking: The mediating role of alexithymia. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 53–62.
- Hall, S. G. (1904). *Adolescence. Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. D. Appleton and Company.
- Hallam, G. P., Webb, T. L., Sheeran, P., Miles, E., Niven, K., Wilkinson, I. D., Hunter, M. D., Woodruff, P. W. R., Totterdell, P., & Farrow, T. F. D. (2014). The neural correlates of regulating another person's emotions: An exploratory fMRI study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8.
- Hare, T. A., Tottenham, N., Galvan, A., Voss, H. U., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2008). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go-nogo task. *Biological Psychiatry*, 63(10), 927–934.
- Hariri, A. G., Gulec, M. Y., Oregul, F. F. C., Sumbul, E. A., Elbay, R. Y., & Gulec, H. (2015). Dissociation in bipolar disorder: Relationships between clinical variables and childhood trauma. *Journal of Affective Disorders*, 184, 104–110.
- Hassen, N. B., Molins, F., Garrote-Petisco, D., & Serrano, M. Á. (2023). Emotional regulation deficits in autism spectrum disorder: The role of alexithymia and interoception. *Research in Developmental Disabilities*, 132, 104378.
- Hauser, S., Noam, G. G., & Powers, S. I. (1991). *Adolescents and their families: Paths of ego development*. Free Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Heatherton, T. F., Mahamedi, F., Striepe, M., Field, A. E., & Keel, P. (1997). A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 117–125.
- Heiberg, A. N., & Heiberg, A. (1978). A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychotherapy and Psychosomatics, 30*(3–4), 205–210.
- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Herold, D., Usnich, T., Spengler, S., Sajonz, B., Bauer, M., & Bermpohl, F. (2017). Decreased medial prefrontal cortex activation during self-referential processing in bipolar mania. *Journal of Affective Disorders, 219*, 157–163.
- Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Disorders of emotion in neurologic disease, 183*, 47–62.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review, 25*(1), 1–23.
- Holtgraves, T., & Stockdale, G. (1997). The assessment of dissociative experiences in a non-clinical population: Reliability, validity, and factor structure of the Dissociative Experiences Scale. *Personality and Individual Differences, 22*(5), 699–706.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2000). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research, 48*(1), 99–104.
- Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2022). Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology, 63*(5), 427–438.

- Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & 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.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences, 46*(1), 43–47.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: Mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse & Neglect, 30*(4), 393–407.
- Hunter, E. C. M., Baker, D., Phillips, M. L., Sierra, M., & David, A. S. (2005). Cognitive-behaviour therapy for depersonalisation disorder: An open study. *Behaviour Research and Therapy, 43*(9), 1121–1130.
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M., & David, A. S. (2003a). Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1451–1467.
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chalder, T., Sierra, M., & David, A. S. (2003b). Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conceptualisation. *Behaviour Research and Therapy, 41*(12), 1451–1467.
- Huntjens, R. J. C. (2003). *Apparent amnesia: Interidentity memory functioning in dissociative identity disorder*. Ridderprint offsetdrukkerij.
- Huo, L., Qu, D., Pei, C., Wu, W., Ning, Y., Zhou, Y., & Zhang, X. Y. (2023). Alexithymia in chronic schizophrenia and its mediating effect between cognitive deficits and negative symptoms. *Schizophrenia Research, 261*, 275–280.
- Icenogle, G., & Cauffman, E. (2021). Adolescent decision making: A decade in review. *Journal of research on adolescence: the official journal of the Society for Research on Adolescence, 31*(4), 1006–1022.



- Irwin, H. J., & Melbin-Helberg, E. B. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of Clinical Psychology, 53*(2), 159–166.
- Janet, P. (1889a). *L'automatisme psychologique*. L'Harmattan.
- Janet, P. (1889b). *L'automatisme psychologique: Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Félix Alcan.
- Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H., & Livesley, W. J. (1998). Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(6), 345–351.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of psychiatric research, 40*(2), 131–140.
- Johnson, R. C., Edman, J. L., & Danko, G. P. (1995). Self reported negative experiences and dissociation. *Personality and Individual Differences, 18*(6), 793–795.
- Jongen, S., Axmacher, N., Kremers, N. A. W., Hoffmann, H., Limbrecht-Ecklundt, K., Traue, H. C., & Kessler, H. (2014). An investigation of facial emotion recognition impairments in alexithymia and its neural correlates. *Behavioural Brain Research, 271*, 129–139.
- Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: A population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(6), 369–375.
- Josselson, R. (1980). Ego development in adolescence. *Handbook of Adolescent Psychology, 188–210*.
- Kano, M., & Fukudo, S. (2013). The alexithymic brain: The neural pathways linking alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine, 7*(1).
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *The Journal of clinical psychiatry, 66*(10), 1247–1253.

- Karayağiz, Ş., & Baştürk, M. (2016). Alexithymia levels in patients with unipolar and bipolar depression and the effect of alexithymia on both severity of depression symptoms and quality of life. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *17*(5), 362–368.
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K.-M., Liuksila, P.-R., & Saarijärvi, S. (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. *Psychiatry Research*, *187*(1–2), 254–260.
- Keel, P., Leon, G. R., & Eddy, K. T. (2001). Vulnerability to eating disorders in childhood and adolescence. In *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan* (pp. 389–411). The Guilford Press.
- Kekkonen, V., Siiri-Liisi Kraav, Jukka Hintikka, Petri Kivimäki, Outi Kaarre, & Tommi Tolmunen. (2021). Stability of alexithymia is low from adolescence to young adulthood, and the consistency of alexithymia is associated with symptoms of depression and dissociation. *Journal of Psychosomatic Research*, *150*, 110629.
- Khan, A. N., & Jaffee, S. R. (2022). Alexithymia in individuals maltreated as children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(9), 963–972.
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, M., Sharifi Bastan, F., & Kamali, Z. (2017). The relationship between alexithymia and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *14*, 127–133.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Simmonds, B., & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, *15*(4), 357–367.

- Kimhy, D., Vakrusheva, J., Jobson-Ahmed, L., Tarrier, N., Malaspina, D., & Gross, J. J. (2012). Emotion awareness and regulation in individuals with schizophrenia: Implications for social functioning. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 193–201.
- Kılıç, F., Coşkun, M., Bozkurt, H., Kaya, İ., & Zoroğlu, S. (2017). Self-injury and suicide attempt in relation with trauma and dissociation among adolescents with dissociative and non-dissociative disorders. *Psychiatry Investigation*, *14*(2), 172–178.
- Kleindienst, N., Limberger, M. F., Ebner-Priemer, U. W., Keibel-Mauchnik, J., Dyer, A., Berger, M., Schmahl, C., & Bohus, M. (2011). Dissociation predicts poor response to dialectical behavioral therapy in female patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *25*(4), 432–447.
- Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., Jokelainen, J., Järvelin, M.-R., & Joukamaa, M. (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(6), 471–476.
- Kooiman, C. G., van Rees Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R. W., & Rooijmans, H. G. M. (2004). Childhood adversities as risk factors for alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*(2), 107–116.
- Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent body image dissatisfaction: Relationships with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*(2), 255–262.
- Kugel, H., Eichmann, M., Dannlowski, U., Ohrmann, P., Bauer, J., Arolt, V., Heindel, W., & Suslow, T. (2008). Alexithymic features and automatic amygdala reactivity to facial emotion. *Neuroscience Letters*, *435*(1), 40–44.
- Kyte, D. H., Hodgdon, H., Suvak, M. K., & Di Biase, R. (2023). Dissociation in a developmental psychopathology framework: Predictors and outcomes among a clinical

- sample of trauma-impacted adolescents. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 1).
- La Mela, C., Maglietta, M., Castellini, G., Amoroso, L., & Lucarelli, S. (2010). Dissociation in eating disorders: Relationship between dissociative experiences and binge-eating episodes. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 393–400.
- Lambert, M. V., Sierra, M., Phillips, M. L., & David, A. S. (2002). The spectrum of organic depersonalization: A review plus four new cases. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 14(2), 141–154.
- Lane, R., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biological Psychiatry*, 42(9), 834–844.
- Lane, R., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–143.
- Larsen, J., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(6), 533–541.
- Laviola, G., Pasucci, T., & Pieretti, S. (2001). Striatal dopamine sensitization to D-amphetamine in periadolescent but not in adult rats. *Pharmacology, biochemistry and behavior*, 68(1), 115–124.
- LeDoux, J. (2003). The emotional brain, fear, and the amygdala. *Cellular and Molecular Neurobiology*, 23(4–5), 727–738.
- Lenroot, R., & Giedd, J. N. (2006). Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(6), 718–729.
- Levant, R. F. (1992). Toward the reconstruction of masculinity. *Journal of Family Psychology*, 5(3–4), 379–402.

- Levant, R. F., Hall, R. J., Williams, C. M., & Hasan, N. T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity, 10*(3), 190–203.
- Levant, R. F., & Wong, Y. J. (2013). Race and gender as moderators of the relationship between the endorsement of traditional masculinity ideology and alexithymia: An intersectional perspective. *Psychology of Men & Masculinity, 14*(3), 329–333.
- Leweke, F., Bausch, S., Leichsenring, F., Walter, B., & Stingl, M. (2009). Alexithymia as a predictor of outcome of psychodynamically oriented inpatient treatment. *Psychotherapy Research, 19*(3), 323–331.
- Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders? *Psychopathology, 45*(1), 22–28.
- Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research, 227*(1), 1–9.
- Lochner, C., Seedat, S., Hemmings, S. M. J., Kinnear, C. J., Corfield, V. A., Niehaus, D. J. H., Moolman-Smook, J. C., & Stein, D. J. (2004). Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings. *Comprehensive Psychiatry, 45*(5), 384–391.
- Loewenstein, R. J. (2018). Dissociation debates: Everything you know is wrong. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 20*(3), 229–242.
- Lofthouse, M. K., Waite, P., & Černis, E. (2023). Developing an understanding of the relationship between anxiety and dissociation in adolescence. *Psychiatry Research, 324*(1), 115219.
- Lombardi, A., Gambaro, E., Prosperini, P., Antona, M., Delicato, C., Feggi, A., Rizza, M. C., Palazzolo, A., Binda, V., Chieppa, N., Do, F., Gramaglia, C., & Zeppegno, P. (2015).

- Feeling through the body: Alexithymia and eating disorders. *European Psychiatry*, 30(1), 1343.
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(2), 93–99.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., & Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37–46.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., & Viinamäki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), 387–394.
- Madden, S., & Einhorn, P. (2018). Cannabis-Induced Depersonalization-Derealization Disorder. *American Journal of Psychiatry Residents Journal*, 13(2), 3–6.
- Majohr, K.-L., Leenen, K., Grabe, H. J., Jenewein, J., Nuñez, D. G., & Rufer, M. (2011). Alexithymia and its relationship to dissociation in patients with panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(10), 773–777.
- Mann, B. J., & Sanders, S. (1994). Child dissociation and the family context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22(3), 373–388.
- Markowitsch, H. J., Kessler, H., Weber-Luxenburger, G., Van der Ven, C., Albers, M., & Heiss, W.-D. (2000). Neuroimaging and behavioral correlates of recovery from mnestic block syndrome and other cognitive deteriorations. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*, 13(1), 60–66.
- Marshall, R. D., Schneier, F. R., Lin, S.-H., Simpson, H. B., Vermes, D., & Liebowitz, M. (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 451–453.

- Mason, O., Tyson, M., Jones, C., & Potts, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 78(Pt 1), 113–125.
- Matosin, N., Halldorsdottir, T., & Binder, E. B. (2018). Understanding the molecular mechanisms underpinning gene by environment interactions in psychiatric disorders: The FKBP5 model. *Biological Psychiatry*, 83(10), 821–830.
- Mattila, A. K., Luutonen, S., Ylinen, M., Salokangas, R. K. R., & Joukamaa, M. (2010). Alexithymia, human relationships, and mobile phone use. *The Journal of nervous and mental disease*, 198(10), 722–727.
- Mattila, A. K., Saarni, S. I., Salminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H., & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, 50(1), 59–68.
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629–635.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior therapy*, 43(3), 533–545.
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2017). Prevalence and demographic correlates of alexithymia: A comparison between Australian psychiatric and community samples. *Journal of clinical psychology*, 73(1), 76–87.
- McGillivray, L., Becerra, R., & Harms, C. (2019). Alexithymia stability and therapeutic outcome in an Australian psychiatric outpatient sample. *Clinical Psychologist*, 23(1), 37–46.

- McLaughlin, K. A., & King, K. (2015). Developmental trajectories of anxiety and depression in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*(2), 311–323.
- McLean, S. A., Rodgers, R. F., Slater, A., Jarman, H. K., Gordon, C. S., & Paxton, S. J. (2022). Clinically significant body dissatisfaction: Prevalence and association with depressive symptoms in adolescent boys and girls. *European child & adolescent psychiatry*, *31*(12), 1921–1932.
- Meerkerk, G.-J., Van Den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology & behavior: the impact of internet, multimedia and virtual reality on behavior and society*, *12*(1), 1–6.
- Meganck, R., Vanheule, S., & Desmet, M. (2008). Factorial validity and measurement invariance of the 20-item Toronto Alexithymia Scale in clinical and nonclinical samples. *Assessment*, *15*(1), 36–47.
- Meleddu, M., & Scalas, L. F. (2003). *La molteplicità del sé. Disagio emotivo, vissuto corporeo e adolescenza*. Carocci.
- Mendia, J., Zumeta, L. N., Cusi, O., Pascual, A., Alonso-Arbiol, I., Díaz, V., & Pàez, D. (2024). Gender differences in alexithymia: Insights from an updated meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, *227*.
- Michal, M., Adler, J., Wiltink, J., Reiner, I., Tschan, R., Wölfling, K., Weimert, S., Tuin, I., Subic-Wrana, C., Beutel, M. E., & Zwerenz, R. (2016). A case series of 223 patients with depersonalization-derealization syndrome. *BMC Psychiatry*, *16*(1).
- Miller, L. (1986). Is alexithymia a disconnection syndrome? A neuropsychological perspective. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *16*(3), 199–209.



- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, *41*(1), 49–100.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M., & Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *37*(5), 355–361.
- Modestin, J., Lötscher, K., & Erni, T. (2002). Dissociative experiences and their correlates in young non-patients. *Psychology and psychotherapy*, *75*(Pt 1), 53–64.
- Mori, A. (2018). Examination of the effects of dissociative tendency on perceived loneliness tendency among junior high and high school students. *The Japanese Journal of Personality*, *26*(3), 273–282.
- Mori, A. (2021). Does dissociation among adolescents predict difficulties? A panel study in japan. *Japanese Psychological Research*, *63*(3), 140–151.
- Moriguchi, Y., & Komaki, G. (2013). Neuroimaging studies of alexithymia: Physical, affective, and social perspectives. *BioPsychoSocial Medicine*, *7*, 8.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on 'alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: A cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *BioPsychoSocial Medicine*, *1*.
- Mueller-Pfeiffer, C., Rufibach, K., Perron, N., Wyss, D., Kuenzler, C., Prezewowsky, C., Pitman, R. K., & Rufer, M. (2012). Global functioning and disability in dissociative disorders. *Psychiatry Research*, *200*(2–3), 475–481.
- Muir, X., Preece, D. A., & Becerra, R. (2024). Alexithymia and eating disorder symptoms: The mediating role of emotion regulation. *Australian Psychologist*, *59*(2), 121–131.

- Nemiah, J. C. (1977). Alexithymia: Theoretical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1–4), 199–206.
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: A problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1), 154–160.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, Vi. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6–16.
- Nguyen, V. T., Breakspear, M., Hu, X., & Guo, C. C. (2016). The integration of the internal and external milieu in the insula during dynamic emotional experiences. *NeuroImage*, 124(Part A), 455–463.
- Nielsen, J. M. (1963). The myelogenetic studies of Paul Flechsig. *Bulletin of the Los Angeles Neurological Society*, 28, 127–134.
- O’Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 482–495.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855–879.
- Ospina, L. H., Shanahan, M., Perez-Rodriguez, M. M., Chan, C. C., Clari, R., & Burdick, K. E. (2019). Alexithymia predicts poorer social and everyday functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 273, 218–226.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): Un

- estudio transcultural [Psychometric validity of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). A cross-cultural study]. *Boletín de Psicología*, 63, 55–76.
- Päivi Säkkinen, Riittakerttu Kaltiala-Heino, Klaus Ranta, Riina Haataja, & Matti Joukamaa. (2007). Psychometric properties of the 20-item toronto alexithymia scale and prevalence of alexithymia in a finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48(2), 154–161.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 339–354.
- Paniccia, M. F., Gaudio, S., Puddu, A., Di Trani, M., Dakanalis, A., Gentile, S., & Di Ciommo, V. (2018). Alexithymia in parents and adolescents with generalised anxiety disorder: Alexithymia in adolescents with anxiety disorder. *Clinical Psychologist*, 22(3), 336–343.
- Papciak, A. S., Feuerstein, M., & Spiegel, J. A. (1985). Stress reactivity in alexithymia: Decoupling of physiological and cognitive responses. *Journal of Human Stress*, 11(3), 135–142.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 387–394.
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological assessment*, 20(4), 385–396.
- Parker, J. D. A., Keightley, M. L., Smith, C. T., & Taylor, G. J. (1999). Interhemispheric transfer deficit in alexithymia: An experimental study. *Psychosomatic medicine*, 61(4), 464–468.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1993). Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(3–4), 197–202.

- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(2), 91–98.
- Parker, S. K. (2010). Making things happen: A model of proactive motivation. *Journal of Management*, *36*(4), 827–856.
- Pascual, A., Etxebarria, I., Ortega, I., & Ripalda, A. (2012). Gender differences in adolescence in emotional variables relevant to eating disorders. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *12*(1), 59–68.
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, *42*(5), 888–899.
- Pellerone, M., Cascio, M. I., Costanzo, G., Gori, A., Pace, U., & Craparo, G. (2017). Alexithymia and psychological symptomatology: Research conducted on a non-clinical group of Italian adolescents. *International Journal of Culture and Mental Health*, *10*(3), 300–309.
- Pellerone, M., Tomasello, G., & Migliorisi, S. (2017). Relationship between parenting, alexithymia and adult attachment styles: A cross-sectional study on a group of adolescents and young adults. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, *14*(2), 125–134.
- Peres, V., Corcos, M., Robin, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eating and Weight Disorders: EWD*, *25*(1), 1–8.
- Pinna, F., Sanna, L., & Carpiello, B. (2015). Alexithymia in eating disorders: Therapeutic implications. *Psychology Research and Behavior Management*, *8*, 1–15.

- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(3), 345–365.
- Poquérusse, J., Pastore, L., Dellantonio, S., & Esposito, G. (2018). Alexithymia and autism spectrum disorder: A complex relationship. *Frontiers in Psychology*, *9*.
- Powell, K. (2006). Neurodevelopment: How does the teenage brain work? *Nature*, *442*(7105), 865–867.
- Prasko, J., Raszka, M., Adamcova, K., Grambal, A., Koprivova, J., Kudrnovská, H., Latalova, K., & Vyskocilová, J. (2009). Predicting the therapeutic response to cognitive behavioural therapy in patients with pharmacoresistant obsessive-compulsive disorder. *Neuro endocrinology letters*, *30*(5), 615–623.
- Preece, D. A., Becerra, R., Allan, A., Robinson, K., & Dandy, J. (2017). Establishing the theoretical components of alexithymia via factor analysis: Introduction and validation of the attention-appraisal model of alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *119*, 341–352.
- Preece, D. A., Becerra, R., Robinson, K., Dandy, J., & Allan, A. (2018). Alexithymia is a trait comprising people's ability to focus attention on and accurately appraise their own emotions. *Personality and Individual Differences*, *132*, 32–44.
- Preece, D. A., & Gross, J. J. (2023). Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences*, *215*, 112375.
- Preece, D. A., Mehta, A., Petrova, K., Sikka, P., Bjureberg, J., Becerra, R., & Gross, J. J. (2023). Alexithymia and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, *324*, 232–238.
- Preece, D. A., & Sikka, P. (2024). Alexithymia. *Handbook of emotion regulation (3rd ed.)*, 233–241.

- Putica, A., Van Dam, N. T., Steward, T., Agathos, J., Felmingham, K., & O'Donnell, M. (2021). Alexithymia in post-traumatic stress disorder is not just emotion numbing: Systematic review of neural evidence and clinical implications. *Journal of Affective Disorders, 278*, 519–527.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral profiles and problems. *Child Abuse & Neglect, 17*(1), 39–45.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Qualter, P., Brown, S. L., Munn, P., & Rotenberg, K. J. (2010). Childhood loneliness as a predictor of adolescent depressive symptoms: An 8-year longitudinal study. *European child & adolescent psychiatry, 19*(6), 493–501.
- Reinders, A. A. T. S., Chalavi, S., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Jäncke, L., Veltman, D. J., & Ecker, C. (2018). Neurodevelopmental origins of abnormal cortical morphology in dissociative identity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 137*(2), 157–170.
- Reker, M., Ohrmann, P., Rauch, A. V., Kugel, H., Bauer, J., Dannlowski, U., Arolt, V., Heindel, W., & Suslow, T. (2010). Individual differences in alexithymia and brain response to masked emotion faces. *Cortex, 46*(5), 658–667.
- Remondi, C., Compare, A., Tasca, G. A., Greco, A., Pievani, L., Poletti, B., & Brugnera, A. (2020). Insecure attachment and technology addiction among young adults: The mediating role of impulsivity, alexithymia, and general psychological distress. *Cyberpsychology, behavior and social networking, 23*(11), 761–767.
- Rierdan, J., & Koff, E. (1997). Weight, weight-related aspects of body image, and depression in early adolescent girls. *Adolescence, 32*(127), 615–624.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press.

- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., & Ellason, J. W. (2002). Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), 7–17.
- Ross, C. A., Ferrell, L., & Schroeder, E. (2014). Co-occurrence of dissociative identity disorder and borderline personality disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(1), 79–90.
- Rostami, R., & Bozorgi, Z. D. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on resiliency and alexithymia of somatic symptoms. *Practice in Clinical Psychology*, 7(2), 87–94.
- Rufer, M., Hand, I., Braatz, A., Alsleben, H., Fricke, S., & Peter, H. (2004). A prospective study of alexithymia in obsessive-compulsive patients treated with multimodal cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(2), 101–106.
- Rufer, M., Held, D., Cremer, J., Fricke, S., Moritz, S., Peter, H., & Hand, I. (2006). Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1), 40–46.
- Rybakowski, J., Ziółkowski, M., Zasadzka, T., & Brzeziński, R. (1988). High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 21(2), 133–136.
- Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R., & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48(2), 154–161.
- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75–82.

- Sanders, B., & Giolas, M. H. (1991). Dissociation and childhood trauma in psychologically disturbed adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(1), 50–54.
- Sanfey, A. G., Loewenstein, G., McClure, S. M., & Cohen, J. D. (2006). Neuroeconomics: Cross currents in research on decision making. *Trends in Cognitive Sciences. Trends in Cognitive Sciences*, *10*(3), 108–116.
- Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, *2011*.
- Sar, V., Akyüz, G., & Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, *149*(1–3), 169–176.
- Sar, V., Akyüz, G., Kugu, N., Ozturk, E., & Ertem-Vehid, H. (2006). Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(10), 1583–1590.
- Sar, V., Akyüz, G., Kundakci, T., Kiziltan, E., & Doğan, O. (2004). Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2271–2276.
- Şar, V., Dorahy, M. J., & Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: A biopsychosocial perspective. *Psychology Research and Behavior Management*, *10*, 137–146.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., & Özdemir, Ö. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, *4*(1), 119–136.
- Şar, V., Onder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., & Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: Prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 402–419.



- Sar, V., Yargic, I., & Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, *153*(10), 1329–1333.
- Sayar, K., & Kose, S. (2003). The relationship between alexithymia and dissociation in an adolescent sample. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, *13*(4), 167–173.
- Sayar, K., Kose, S., Grabe, H. J., & Topbas, M. (2005). Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from Eastern Turkey. *Psychiatry and clinical neuroscience*, *59*(2), 127–134.
- Schimmenti, A. (2017). The developmental roots of dissociation: A multiple mediation analysis. *Psychoanalytic Psychology*, *34*(1), 96–105.
- Schimmenti, A., & Caretti, V. (2018). Attachment, trauma, and alexithymia. *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice*, 127–141.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *34*(1), 54–58.
- Sedman, G., & Read, G. F. (1963). Depersonalization phenomena in obsessional personalities and in depression. *British Journal of Psychiatry*, *109*, 376–379.
- Seeley, S. M. K., Perosa, S. L., & Perosa, L. M. (2004). A validation study of the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Child Abuse & Neglect*, *28*(7), 755–769.
- Shank, L. M., Tanofsky-Kraff, M., Kelly, N. R., Jaramillo, M., Rubin, S. G., Altman, D. R., Byrne, M. E., LeMay-Russel, S., Schvey, N. A., Broadney, M. M., Brady, S. M., Yang, S. B., Courville, A. B., Ramirez, S., Crist, A. C., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2019). *The association between alexithymia and eating behavior in children and adolescents*. *142*, 104381.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *20*(3), 211–217.

- Shaw, P., Kabani, N. J., Lerch, J. P., Eckstrand, K., Lenroot, R., Gogtay, N., Greenstein, D., Clasen, L., Rapoport, J. L., Giedd, J. N., & Wise, S. P. (2008). Neurodevelopmental trajectories of the human cerebral cortex. *The Journal of Neuroscience*, 28(14), 3586–3594.
- Sherif, C. W., & Sherif, M. (1964). *Reference Groups: Exploration into conformity and deviation of adolescents*.
- Shipp, L., Musatova, A., Černis, E., & Waite, P. (2023). The relationship between dissociation and panic symptoms in adolescence and the exploration of potential mediators. *JCPP advances*, 4(1).
- Shorvon, H. J., Hill, J. D. N., Burkitt, E., & Halstead, H. (1946). The depersonalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 39, 779–792.
- Siegel, D. J. (2014). *La mente adolescente*. Raffaello Cortina Editore.
- Sierra, M., & Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: Neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44(9), 898–908.
- Sifneos, P. E., & Nemiah, J. C. (1970). Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 26–34.
- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O., Stein, D. J., Schmeidler, J., & Hollander, E. (1997). Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1107–1113.
- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J., Sirof, B., & Knutelska, M. (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1027–1033.
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., & Hollander, E. (2003). Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS spectrums*, 8(10), 766–762.

- Soffer-Dudek, N. (2017). Daily elevations in dissociative absorption and depersonalization in a nonclinical sample are related to daily stress and psychopathological symptoms. *Psychiatry*, *80*(3), 265–278.
- Son, S. H., Jo, H., Rim, H. D., Kim, J. H., Kim, H. W., Bae, G. Y., & Lee, S. J. (2012). A comparative study on alexithymia in depressive, somatoform, anxiety, and psychotic disorders among Koreans. *Psychiatry Investigation*, *9*(4), 325–331.
- Sookman, D., & Solyom, L. (1978). Severe depersonalization treated by behavior therapy. *The American Journal of Psychiatry*, *135*(12), 1543–1545.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., & Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, *63*(4), 365–371.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardeña, E., & Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*(9), 824–852.
- Spinelli, S., Toffoli, A. D., Dinnella, C., Laureati, M., Pagliarini, E., Bendini, A., Braghieri, A., Toschi, T. G., Sinesio, F., Torri, L., Gasperi, F., Endrizzi, I., Magli, M., Borgogno, M., Salvo, R. di, Favotto, S., Prescott, J., & Monteleone, E. (2018). Personality traits and gender influence liking and choice of food pungency. *Food Quality and Preference*, *66*, 113–126.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(8), 682–687.
- Stamford, J. A. (1989). Development and ageing of the rat nigrostriatal dopamine system studied with fast cyclic voltammetry. *Journal of Neurochemistry*, *52*(5), 1582–1589.

- Staniloiu, A., & Markowitsch, H. J. (2014). Dissociative amnesia. *The Lancet. Psychiatry*, *1*(3), 226–241.
- Steinberg, L. (2004). Risk taking in adolescence: What changes and why? *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*(1), 51–58.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, *28*(1), 78–106.
- Steinberg, L., Albert, D., Cauffman, E., Banich, M., Graham, S., Woolard, J., & Garcia Coll, C. (s.d.). Age differences in sensation-seeking and impulsivity as indexed by behavior and self-report: Evidence for a dual systems model. *Developmental Psychology*, *44*(6), 1764–1778.
- Steinberg, M. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders-Revised (SCID-D-R)*. American Psychiatric Press.
- Sterlini, G. L., & Bryant, R. A. (2002). Hyperarousal and dissociation: A study of novice skydivers. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(4), 431–437.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128*(5), 825–848.
- Strauman, T. J., Vookles, J., Berenstein, V., Chaiken, S., & Higgins, E. T. (1991). Self-discrepancies and vulnerability to body dissatisfaction and disordered eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(6), 946–956.
- Sullivan, L., Camic, P. M., & Brown, J. S. L. (2015). Masculinity, alexithymia, and fear of intimacy as predictors of UK men’s attitudes towards seeking professional psychological help. *British Journal of Health Psychology*, *20*(1), 194–211.
- Summers, B. J., & Cogle, J. R. (2018). An experimental test of the role of appearance-related safety behaviors in body dysmorphic disorder, social anxiety, and body dissatisfaction. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(8), 770–780.

- Tabibnia, G., & Zaidel, E. (2005). Alexithymia, interhemispheric transfer, and right hemispheric specialization: A critical review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(2), 81–92.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725–732.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*, 40–67.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2012). The alexithymia personality dimension. *The Oxford handbook of personality disorders*, 648–673.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1991). The alexithymia construct: A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32(2), 153–164.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277–283.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., & Bourke, M. P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 561–568.
- Taylor, G. J., Ryan, D., & Bagby, R. M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(4), 191–199.
- Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, O., Buyukbayram, A., & Tutkun, H. (2003). Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 324–330.

- Théorêt, V., Hébert, É., & Hébert, M. (2024). Investigating the role of alexithymia in the association between cumulative childhood maltreatment and teen dating violence victimization. *Journal of psychiatric research*, *173*(1), 192–199.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, *26*(3), 187–193.
- Tolmunen, T., Honkalampi, K., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Maaranen, P., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2010). Adolescent dissociation and alexithymia are distinctive but overlapping phenomena. *Psychiatry Research*, *176*(1), 40–44.
- Tolmunen, T., Maaranen, P., Hintikka, J., Kylmä, J., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Haukijärvi, T., & Laukkanen, E. (2007). Dissociation in a general population of Finnish adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(7), 614–617.
- Tomori, M., & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health*, *26*(5), 361–367.
- Tomova, L., Andrews, J. L., & Blakemore, S.-J. (2021). The importance of belonging and the avoidance of social risk taking in adolescence. *Developmental Review*, *61*, 100981.
- Tramoni, E., Aubert-Khalifa, S., Guye, M., Ranjeva, J. P., & Felician, O. (2009). Hypo-retrieval and hyper-suppression mechanisms in functional amnesia. *Neuropsychologia*, *47*(3), 611–624.
- Treasure, J., & Schmidt, U. (2013). The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: A summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. *Journal of Eating Disorders*, *1*(1).

- Twombly, J. H. (2005). *EMDR for Clients with Dissociative Identity Disorder, DDNOS, and Ego States* (R. Shapiro). W W Norton & Co.
- Tyson, P., & Tyson, R. L. (1990). *Psychoanalytic theories of development: An integration*. Yale University Press.
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2001). A twin study of alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 239–246.
- Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Generalized dissociative amnesia: Episodic, semantic and procedural memories lost and found. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 35(5), 589–900.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. The Guilford Press.
- van der Velde, J., Servaas, M. N., Goerlich, K. S., Bruggeman, R., Horton, P., Costafreda, S. G., & Aleman, A. (2013). Neural correlates of alexithymia: A meta-analysis of emotion processing studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1774–1785.
- van Ijzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical psychology review*, 16(5), 365–382.
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., & Verkes, R. J. (1993). The dissociation questionnaire (DIS-Q): Development and characteristics of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1(1), 21–27.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., & Bogaerts, S. (2007). Alexithymia and interpersonal problems. *Journal of clinical psychology*, 63(1), 109.117.

- Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y., & Meganck, R. (2006). Relationship Patterns in Alexithymia: A Study Using the Core Conflictual Relationship Theme Method. *Psychopathology, 40*(1), 14–21.
- Vannikov-Lugassi, M., Shalev, H., & Soffer-Dudek. (s.d.). From brooding to detachment: Rumination longitudinally predicts an increase in depersonalization and derealisation. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice, 94*(S2).
- Van't Wout, M., Aleman, A., Bermond, B., & Kahn, R. S. (2007). No words for feelings: Alexithymia in schizophrenia patients and first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry, 48*(1), 27–33.
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 30*(3), 413–434.
- Wahlstrom, D., Collins, P., White, T., & Luciana, M. (2010). Developmental changes in dopamine neurotransmission in adolescence: Behavioral implications and issues in assessment. *Brain and cognition, 72*(1), 146–159.
- Wahlstrom, D., White, T., & Luciana, M. (2010). Neurobehavioral evidence for changes in dopamine system activity during adolescence. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 34*(5), 631–648.
- Walker, D. M., Bell, M. R., Flores, C., Gulley, J. M., Willing, J., & Paul, M. J. (2017). Adolescence and reward: Making sense of neural and behavioral changes amid the chaos. *The Journal of Neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience, 37*(45), 10855–10866.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(3), 239–247.



- Wallis, D. J., & Ridout, N. (2022). Direct and indirect effects of alexithymia on disordered eating in a non-clinical female sample: Determining the role of negative affect. *Frontiers in Psychiatry, 13*.
- Waterman, A. S. (1985). Identity in the context of adolescent psychology. *New Directions for Child Development, 30*(5–24).
- Watters, C. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2016). Illuminating the theoretical components of alexithymia using bifactor modeling and network analysis. *Psychological assessment, 28*(6), 627–638.
- Weinryb, R. M., Gustavsson, J. P., Hellström, C., Andersson, E., Broberg, A., & Rylander, G. (1996). Interpersonal problems and personality characteristics: Psychometric studies of the Swedish version of the iip. *Personality and Individual Differences, 20*(1), 13–23.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 99*, 66–81.
- Wieder, L., & Terhune, D. B. (2019). Trauma and anxious attachment influence the relationship between suggestibility and dissociation: A moderated-moderation analysis. *Cognitive Psychology, 24*(3), 191–207.
- Wise, T. N., Jani, N. N., Kass, E., Sonnenschein, K., & Mann, L. S. (1988). Alexithymia: Relationship to severity of medical illness and depression. *Psychotherapy and psychosomatics, 50*(2), 68–71.
- Wise, T. N., Mann, L. S., & Sheridan, M. J. (2000). Relationship between alexithymia, dissociation and personality in psychiatric outpatients. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*(3), 123–127.
- Wolfe, D. A. (1985). Child-abusive parents. An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin, 97*(3), 462–482.

- Yakovlev, P. L., & Lecours, A. R. (1967). The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. *Regional development of the brain in early life*, 3–70.
- Yurtdaş Depboylu, G., & Findik, B. E. (2024). Relationships among alexithymia, psychological distress, and disordered eating behaviors in adolescents. *Appetite*, 200, 107536.
- Zahradnik, M., Stewart, S. H., Marshall, G. N., Schell, T. L., & Jaycox, L. H. (2009). Anxiety sensitivity and aspects of alexithymia are independently and uniquely associated with posttraumatic distress. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 131–138.
- Zandkarimi, G., & Ghahremai, S. (2022). The effect of acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, alexithymia and emotion regulation in patients with type one diabetes, (case study). *Journal of Psychological Studies*, 18(3), 35–49.
- Zarei, J., & Besharat, M. A. (2010). Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 619–622.
- Zdankiewicz-Ścigała, E., & Ścigała, D. K. (2020). Attachment style, early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Frontiers in Psychology*, 10.
- Zeitlin, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 658–660.
- Zingrone, N. L., & Alvarado, C. S. (2001). The Dissociative Experiences Scale-II: Descriptive statistics, factor analysis, and frequency of experiences. *Imagination, Cognition and Personality*, 21(2), 145–157.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., Alyanak, B., & Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school

students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 57(1), 119–126.

Zou, Z., Huang, Y., Wang, J., He, Y., Min, W., Chen, X., & Zhou, B. (2016). Association of childhood trauma and panic symptom severity in panic disorder: Exploring the mediating role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 206, 133–139.