

ALESSITIMIA, LOCUS OF CONTROL E COMPORTAMENTI A RISCHIO, UNO STUDIO SU UN CAMPIONE DI SOGGETTI TOSSICODIPENDENTI.

Stefania Sciortino

Introduzione

Il costrutto di **alessitimia** è stato formulato da Nemiah, Freyberger e Sifneos (1) sulla base di osservazioni cliniche e comprende una serie di caratteristiche tra le quali (2): (a) difficoltà nell'identificare i sentimenti e nel distinguerli dalle sensazioni corporee che si accompagnano all'attivazione emotiva; (b) difficoltà a comunicare ad altri le proprie emozioni; (c) processi immaginativi limitati, scarsa vita fantasmatica e (d) stile cognitivo legato allo stimolo e orientato verso la realtà esterna.

Inoltre vi sono evidenze empiriche indicanti che individui con elevati livelli di alessitimia presentano anche:

- ✓ Difficoltà nell'identificare emozioni dall'espressione facciale degli altri (3);
(4)
- ✓ Ridotta capacità di empatizzare con gli stati emozionali degli altri (5); (6)
- ✓ Difficoltà di discriminare tra diversi stati emozionali (7)
- ✓ Limitata capacità di pensare sulle emozioni ed usarle per affrontare situazioni stressanti (8).

È importante però sottolineare, come ricordano Taylor, Bagby e Parker (9) che pag. 14) *“l'alessitimia è un disturbo dell'elaborazione degli affetti che interrompe o interferisce seriamente con i processi di auto-organizzazione e riorganizzazione dell'organismo”* e di conseguenza modalità di funzionamento alessitimico si riscontrano trasversalmente in quasi tutti i quadri psicopatologici.

L'interesse intorno al tema dell'alessitimia negli ultimi decenni si è amplificato tanto da essere posto al centro della XI Conferenza Europea sulle Ricerche Psicosomatiche (Heidelberg 1976) orientando lo sguardo dei ricercatori sulla relazione tra alessitimia e altri tipi di disturbi, tra i quali i comportamenti di addiction.

Il fenomeno tossicomano ha subito profonde modificazioni negli ultimi anni, sia nelle sue caratteristiche generali che per quanto riguarda modalità di assunzione, tipologia di sostanze utilizzate, eterogeneità delle figure coinvolte e rappresentazioni sociali e culturali legate all'uso (10).

In particolare si è osservato un aumento esponenziale del consumo illegale di sostanze psicostimolanti, che ha fatto salire l'allarme da parte delle strutture deputate alla cura e al trattamento delle dipendenze.

Lo stato della ricerca sulle tossicodipendenze, parallelamente all'allarme sociale prodotto dal fenomeno, ha avuto negli ultimi decenni un notevole sviluppo, e si è passati a un approccio bio-psico-sociale alla dipendenza, i cui elementi costituenti sarebbero almeno tre; la sostanza, il consumatore e l'ambiente sociale in cui si verifica l'incontro tra questi fattori.

Anche scuole tradizionali come quella psicoanalitica hanno spostato il focus della loro attenzione tanto che Khantzian (11) sottolinea che il comportamento tossicomano, originariamente concepito come fenomeno regressivo, sia attualmente considerato dal punto di vista adattativo e difensivo e concepito come riflesso di una carente capacità di prendersi cura di se stessi.

Carenza questa, che sarebbe il risultato di precoci disturbi nello sviluppo che portano ad un'inadeguata interiorizzazione delle figure genitoriali, a una deficiente funzione regolatoria degli affetti, del controllo degli impulsi e del mantenimento dell'autostima.

In sostanza dunque il tossicodipendente, come il depresso, o il paziente psicosomatico, mostrerebbero un'incapacità di utilizzare le emozioni come segnali, di simbolizzare, e di tradurre in

parole i conflitti interni, e come evidenziano Marcolongo e Saccorotti (12) *”si potrebbe affermare che in questi pazienti le emozioni sono sottratte ai processi di simbolizzazione e direttamente agite, questo allontanamento dalla consapevolezza si realizzerebbe attraverso la costruzione di sistemi difensivi tra i quali:*

- *creazione di un bozzolo autosufficiente (13)*
- *desaffettation, in cui la difficoltà di verbalizzare le emozioni è caratterizzata dal fatto che gli affetti non sono accompagnati da partecipazione emotiva (14)*
- *esteriorizzazione, intesa come ricerca di un oggetto esterno dotato di poteri magici (15)*
- *atteggiamento proteiforme (16)”*.

Il legame tra tossicodipendenza e alessitimia è stato inoltre esplorato in numerose ricerche (17); (1); (18); (19); (20); (21) che evidenziano come l'alessitimia rappresenti un fattore di rischio, in soggetti predisposti, per lo sviluppo di una dipendenza; tuttavia tali studi non chiariscono se l'alessitimia sia un fattore primario o secondario; le indagini più recenti proseguono su questo filone.

Un recente studio (22) mostra come la depressione possa facilitare lo sviluppo di un comportamento di addiction in soggetti alessitimici, mentre un'altra ricerca evidenzia che tossicomani con alti punteggi di alessitimia risultano significativamente poliabusanti, e più forti consumatori di eroina, rispetto ai pazienti non alessitimici (23).

Un'altra posizione epistemologica è tuttavia quella fornita da Haviland (24) che sottolinea come i pazienti che soffrono di un disturbo da abuso di sostanze sviluppino l'alessitimia come fattore secondario a una grave depressione o ansia, che rappresenta così un'ulteriore difesa verso sentimenti soverchianti che l'individuo non riesce a contenere.

Un altro elemento da esplorare nella relazione tra alessitimia e dipendenza, è quello del locus of control, (concettualizzato da Rotter (25) come aspettativa di rinforzo).

È abbastanza intuibile che gli individui che presentano una difficoltà ad identificare e descrivere i propri sentimenti e ad utilizzarli per adattarsi all'ambiente, tendano a interpretare gli eventi della loro vita come dovuti al caso e in effetti numerosi lavori hanno proprio confermato tale rapporto.

Mastrobuoni, De Gennaro, e Solano (26) hanno evidenziato una relazione significativa fra la capacità di espressione emotiva e l'aspettativa del controllo del rinforzo, in particolare, i soggetti alessitimici tendevano ad attribuire alla fatalità gli eventi che accadevano loro, con la conseguenza di ostacolare l'elaborazione di strategie efficaci di protezione verso i comportamenti a rischio.

Un altro studio, (27) ha messo in luce come alessitimia e locus of control esterno (che nella ricerca presentavano saturazioni elevate su un unico fattore) risultassero i più efficaci predittori di comportamenti a rischio per l'HIV.

In sostanza dunque gli individui con un alto livello di alessitimia e con un aspettativa di rinforzo esterna non erano in grado di utilizzare la paura come segnale per impostare strategie di prevenzione rispetto al rischio di infezione, che inoltre veniva neutralizzato dalle convinzioni espresse dall'esternalità del locus (es. *se è scritto in cielo mi prenderò l'AIDS* –item 5 della AIDS locus of control scale).

Se i dati in letteratura sembrano confermare un'associazione tra questi due costrutti, più controverso è l'analisi del rapporto tra la dipendenza e il locus of control.

Da diverse parti si è sottolineato che la ricerca di oggetti esterni come fonte di sicurezza sia l'espressione di uno stile psicologico per il quale il controllo degli eventi è riposto più nei fattori esterni che nella propria volontà.

La ricerca condotta da Salvini e coll (28) mostra come i tossicomani siano caratterizzati dalla tendenza a rivolgere maggiore attenzione agli altri, rispetto che a se stessi, adeguando i propri comportamenti e le rappresentazioni di se ai diversi contesti di vita.

Secondo gli autori inoltre, i tossicodipendenti potrebbero essere considerati come produttori di “forme di identità situata”; una condizione in cui la rappresentazione di se si modifica in base alle contingenze e alle situazioni.

Materiali e Metodi

Scopo del presente studio è esplorare la relazione tra l'alessitimia e comportamenti di addiction; in particolare ci aspettiamo che la media del parametro alessitimia nel nostro campione costituito da tossicodipendenti attivi, sia maggiore rispetto a quella espressa dai campioni normativi di riferimento.

Ipotizziamo inoltre che i nostri soggetti tendano ad avere una localizzazione esterna del locus, e che ci sia una correlazione tra alessitimia e esternalità.

Ci proponiamo di analizzare inoltre se l'alessitimia e il locus of control possano essere dei validi predittori nel determinare la maggiore propensione al rischio dei nostri soggetti.

IL CAMPIONE

Il nostro campione è costituito da 42 soggetti, 37 maschi e 5 femmine, di età compresa tra i 22 e i 57 anni, tossicodipendenti attivi con alle spalle spesso molti anni di dipendenza e di devianza.

Le femmine sono largamente meno rappresentate dei maschi, e ciò rispecchia la tipica distribuzione di questa patologia nella popolazione generale.

I soggetti di questo studio sono stati contattati in alcuni centri che si occupano di dipendenza situati nella città di Roma, tipicamente si tratta di servizi con una bassa soglia di accesso.

A fronte di 42 soggetti che hanno accettato di partecipare, abbiamo riscontrato un alto numero di rifiuti [18] motivati dalle persone in vario modo.

La preoccupazione maggiore sembrava ruotare intorno a tematiche di anonimato, sicurezza e timori che il materiale potesse finire “in mani sbagliate” (che tradizionalmente per i tossicomani sono quelle degli organi di pubblica sicurezza).

Il numero maggiore di adesioni si è verificato quando gli operatori dei centri contattati, avevano preventivamente informato e preparato gli utenti, conferma questa dell'importanza dell'instaurarsi di un clima di fiducia ed accoglienza del soggetto e della sua storia.

La scelta dei luoghi nei quali reperire il nostro campione non è stata casuale, infatti, si voleva lavorare su un gruppo di soggetti attivi, e questo, perché il trattamento attivando un processo di cambiamento provoca necessariamente uno spostamento nei valori legati all'alessitimia e al locus, con problemi quindi per l'omogeneità del campione stesso.

L'età media del campione è di 35,5 anni, non ci sono differenze significative rispetto al genere; $M_f = 35,6$; $M_m = 35,4$

I dati sono stati raccolti sottoponendo ai soggetti 3 strumenti, la versione italiana della **TAS 20** (Toronto Alexithymia Scale); (29), **HLC** (Health Locus of Control di Wallston); (30), e un questionario sui comportamenti a rischio appositamente elaborato per questa ricerca.

La TAS 20, è la scala più frequentemente usata nella misurazione del costrutto dell'alessitimia, si compone di 20 item a 5 punti espressi da una scala Likert, attraverso cui si chiede ai soggetti di esprimere il loro accordo/disaccordo verso le varie affermazioni.

È caratterizzata da 3 fattori: 1) Difficoltà ad identificare le emozioni (DIE), 2) Difficoltà a descrivere le emozioni (DDE), 3) Pensiero orientato all'esterno (POE).

L'HLC, per la misurazione del locus of control è composta da 11 item espressi in formato Likert a 5 punti, anche in questo caso si chiede ai soggetti di esprimere il loro grado di accordo/disaccordo verso ciascuna affermazione, in particolare poi 5 item della scala sono formulati in direzione dell'internalità e 6 nella direzione dell'esternalità.

Abbiamo conteggiato le risposte in modo che i punteggi più alti della scala fossero indicativi di un locus of control interno.

Il questionario sui comportamenti a rischio è costituito da 26 item rispetto ai quali si chiede ai soggetti di rispondere con quale frequenza negli ultimi 6 mesi si sono verificati una serie di comportamenti; i gradienti di tempo sono 4 (MAI, RARAMENTE, QUALCHE VOLTA, SPESSO).

Nella scelta dei fattori di rischio da considerare nel lavoro presente, ci siamo appoggiati alla letteratura sull'argomento e ai questionari abitualmente usati allo scopo, anche se abbiamo scoperto che la maggior parte degli strumenti viravano intorno a comportamenti a rischio legati all'attività sessuale, al fumo, all'alimentazione, alla sicurezza stradale, nessuno strumento era specifico per i comportamenti legati alle tossicomanie.

Per la costruzione del questionario dunque abbiamo formulato una serie di quesiti che riguardavano diverse aree di rischio aggiungendo poi gli item legati all'uso delle sostanze.

In questo compito, ci siamo fatti aiutare anche dalla nostra esperienza "sul campo" per cui alcuni item potrebbero risultare alieni per chi non opera con questi pazienti, ma sono ben conosciuti dai tossicodipendenti.

In particolare, l'item *-condividere con qualcuno la fialetta per sciogliere le sostanze-* è legato ad un comportamento ad elevato rischio di infezione da HIV ed epatite.

Questa attività è spesso attuata nell'uso per via iniettiva delle sostanze, dove le persone si riuniscono in piccoli gruppi e comprano insieme il quantitativo necessario, dividendosi poi il prodotto in base al denaro versato da ciascuno con scarso interesse per la provenienza e la sterilità delle siringhe poi utilizzate da ciascuno.

Risultati e Discussione

Nel nostro campione la media dei valori dell'Alessitimia espressi dalla TAS-20 è di 60,2, tale dato confrontato con i valori medi della popolazione italiana sia normale che psichiatrica evidenzia che i nostri soggetti si collocano nel range più alto, a pochi centesimi di distanza dal

punteggio 61 che discrimina i soggetti come francamente alessitimici (MStudenti= 47,39; MAdulti norm.=46,6; MPazienti psych.=54,8)

Questo dato concorda con le ricerche che hanno esplorato la relazione tra alessitimia e dipendenza (19); (24).

La relazione tra la TAS 20 e la scala HCL (locus of control) è stata misurata confrontando i punteggi delle due scale, la scala HLC è stata codificata in modo tale che i punteggi più alti esprimessero un locus of control di tipo interno.

La relazione tra le due variabili è stata misurata utilizzando il coefficiente di correlazione r di Pearson, che sintetizza il rapporto tra di esse in termini di forza e direzione.

La correlazione tra alessitimia (TAS 20) e locus of control (HLC) è risultata positiva in modo statisticamente significativo ($r=-.657$ $p=.01$)

Specificatamente possiamo evidenziare i soggetti che hanno più alti punteggi alla TAS 20, hanno valori più bassi nella HLC.

Ciò significa che gli alessitimici tendono ad avere una localizzazione esterna del locus e uno stile di pensiero di tipo fatalistico.

Il nostro dato inoltre concorda pienamente con quello di altri studi condotti sulla popolazione italiana (26); francese (31) e portoghese (32).

È stata inoltre considerata l'incidenza dell'età sia sull'espressione emotiva che sull'aspettativa del controllo del rinforzo.

Come era nella nostra ipotesi non sono emerse correlazioni significative tra tali variabili.

Allo scopo di chiarire il legame tra alessitimia, locus of control e comportamenti a rischio, abbiamo sottoposto gli item del nostro questionario ad un'analisi fattoriale, con il metodo delle componenti principali.

Dall'analisi dello "scree-test" abbiamo deciso di estrarre due fattori, che da soli spiegano il 39% della varianza, e per rendere più interpretabile la matrice fattoriale abbiamo optato per una rotazione varimax.

Abbiamo chiamato il primo fattore "rischio legato alle droghe" e il secondo "rischio legato ad altri comportamenti".

Ci siamo infatti accorti che il primo fattore era fortemente saturato da item legati al consumo e all'abuso delle sostanze, mentre sul secondo si situavano item collegati ad altri comportamenti a rischio (es. promiscuità sessuale, mancato rispetto della sicurezza stradale).

I punteggi fattoriali estratti dall'analisi fattoriale sono stati codificati come nuove variabili e si è proceduto ad effettuare una regressione multipla, per osservare la relazione tra i predittori e ciascuno dei due nuovi criteri.

La matrice di regressione sembra confermare le nostre ipotesi, in particolare è emerso che l'alessitimia e il locus of control sono buoni predittori di comportamenti a rischio legati alle droghe (Alessitimia $\beta = .36$ $p < .01$ Locus of control $\beta = -.20$ $p < .05$), ma non risultano altrettanto efficaci nel predire altri tipi di comportamenti a rischio.

Abbiamo poi proceduto a selezionare 3 item del questionario che ci sembravano particolarmente significativi, in quanto relativi a comportamenti di grave rischio per la salute, connessi all'uso delle sostanze.

Gli item sono: *-condividere con qualcuno la fialetta per sciogliere le sostanze, - avere una overdose, - utilizzare la stessa siringa per iniettarmi stupefacenti.*

Abbiamo suddiviso il campione in 2 sottogruppi identificati dalle volte in cui si è verificato l'evento indicato dall'item (MAI-RARAMENTE=**gruppo 1**; QUALCHE VOLTA-SPESSO=**gruppo 2**) e abbiamo verificato se le medie dell'alessitimia nei 2 sottocampioni fossero significativamente diverse mediante un'analisi della varianza a una via.

La differenza delle medie è risultata significativa dal punto di vista statistico soltanto per l'item: “utilizzare la stessa siringa per iniettarmi stupefacenti” ($F=4.3$ $p=<.05$) in particolare è emerso che i soggetti con più alti punteggi di alessitimia ($M=67.8$) appartengono al sottogruppo 2 (che più frequentemente presenta quel comportamento).

Possiamo tuttavia aggiungere che anche le medie dei 2 sottocampioni per gli item “*avere una overdose*” e “*condividere con qualcuno la fialetta per sciogliere le sostanze*” vanno nella stessa direzione pur non raggiungendo la significatività statistica.

In sostanza più alto è il punteggio espresso dalla TAS 20, e maggiore è la frequenza relativa a quel comportamento a rischio.

Rileviamo inoltre che le medie nel sottocampione 2 (QUALCHE VOLTA-SPESSO) superano tutte il valore di 61, cut off per l'alessitimia.

Questo studio non ha avuto l'intenzione di dare risposte esaustive, ma si è posto l'obiettivo di individuare alcuni spunti di riflessione intorno al tema della tossicodipendenza, delle sue molteplici sfaccettature e peculiarità.

Come da altri autori sottolineato (33) siamo in presenza di un disturbo multicausale, che affonda le sue radici, nel contesto sociale della persona, nella sua storia psicologica e biologica.

Come ha efficacemente sottolineato la McDougal (34), uno degli scopi del comportamento dipendente è quello di sbarazzarsi dei propri sentimenti, soprattutto quelli dolorosi e di trovare un rapido conforto.

Il tossicodipendente impara presto la soluzione “magica” per sciogliere ogni tipo di tensione originata da sentimenti di ansia, rabbia, colpa, depressione, e una volta scoperto, tale meccanismo, diventa parte dello stile della persona di affrontare il mondo.

In altre parole, la dipendenza finisce per avere un ruolo primario nell'economia psichica di una persona, e ciò spiegherebbe anche il perché delle recidive, e le difficoltà a completare percorsi terapeutici.

Come abbiamo potuto osservare in questo studio i nostri soggetti risultano carenti nella capacità di utilizzare le emozioni per dare senso alle loro esperienze e deficitari nella cura di sé; tali difficoltà si traducono nella tendenza ad assumere un atteggiamento fatalistico verso la realtà, a sottovalutare i gravi rischi connessi all'uso delle sostanze, e il ricorso a pratiche rischiose per la salute come quelle legate all'uso delle sostanze per via iniettiva.

La capacità di prendersi cura di sé può essere inoltre concettualizzata come funzione complessa (35) che coinvolge diverse attività dell'io, tra le quali l'esame di realtà, l'ansia segnale, il giudizio, il controllo, la sintesi, l'introspezione; tutti fattori, questi, che hanno necessariamente forti implicazioni cliniche nel trattamento di pazienti tossicodipendenti con alti livelli di alessitimia.

I problemi che può incontrare il terapeuta con questo tipo di persone sono quindi molteplici:

- la scarsa verbalizzazione delle emozioni può implicare la tendenza del paziente a “comunicare” sul piano degli agiti, con forti conseguenze sulla stabilità del setting terapeutico; tali agiti possono risultare inoltre non interpretabili proprio perché troppo lontani dalla consapevolezza del paziente,

- abbandono del trattamento, che può essere percepito come inefficace e inutile, o paradossalmente come interminabile anche se inconcludente,

- noia e monotonia nello scambio tra paziente e terapeuta con evidenti difficoltà di identificazione controtransferale

- tendenza del paziente a comunicare su un piano somatico (richieste di visite, di controlli, iperinvestigazione sul corpo) con il conseguente rischio di attivazione di circoli viziosi

- peggioramento del paziente proprio a causa della funzione di difesa dell'alessitimia da sentimenti percepiti come sovrachianti e terrificanti (36).

Tutti questi fattori hanno da più parti sollevato il problema di come il paziente alessitimico risponda poco alle terapie tradizionali basate sull'introspezione, e suggerito l'ipotesi di un

intervento di tipo supportivo ed educativo, che offra anche un adeguato livello di contenimento (es. comunità terapeutica).

Taylor e coll. (9) sottolineano l'importanza di allenare il paziente a trovare le parole che descrivano meglio i suoi sentimenti e utilizzare gli affetti per interagire con l'ambiente; a concentrare la sua attenzione sul proprio stile di comunicazione; a prestare attenzione ai sogni e a costruire fantasie che descrivano modalità di espressione del proprio corpo.

Questi autori evidenziano anche la possibilità di utilizzare un trattamento farmacologico associato ad una psicoterapia, in modo da aiutare il soggetto a sviluppare il rapporto terapeutico.

Secondo tale prospettiva il farmaco verrebbe così rappresentare una sorta di "base d'appoggio" per la terapia stessa (37).

È ipotizzabile inoltre anche l'uso del costrutto dell'alessitimia come misura relativa all'efficacia dei trattamenti, in effetti seppure la ricerca empirica è al momento scarsa su questo versante, da più parti si evidenzia come l'efficacia di un intervento provochi necessariamente anche una riduzione nei valori dell'alessitimia.

Conclusioni

La relativa semplicità di analisi dei valori dell'alessitimia tramite la TAS 20, insieme alla valenza di tale costrutto ne suggeriscono l'ulteriore utilizzo nella ricerca sullo stato e sul trattamento delle dipendenze patologiche.

Bibliografia

1. Nemiah J., Freyberger H., Sifneos P. (1976) "Alexithymia: a view of the psychosomatic disorders". In O. W. Hill (ED) Modern Trends In Psychosomatic Medicine Vol II 26-34
2. Taylor G., Parker., Bagby R. (1990) A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. American Journal of Psychiatry, 147, 1228-36

3. Lane R., Sechrest L., Reidel R., et al (1995) Alexithymia and non verbal emotion processing deficits“. *Psychosomatic Medicine* 57, 84
4. Parker J., Taylor G., Bagby R. (1993) Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotion. *Psychotherapy and psychosomatics*, 59 197-202
5. Beckendam C. (1997) Dimensions of emotional intelligence: attachment, affect regulation, alexithymia and empathy. Doctoral dissertation Fielding Institute, S. Barbara, CA
6. Davies M., Stankov L., Roberts R. (1998) Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015
7. Bagby P., Parker J., Taylor G., Aeklin M. (1993) Alexithymia and the ability to distinguish different emotional states. Poster presentato al Meeting annuale della Associazione Psicosomatica Americana
8. Parker J., Taylor G., Bagby R. (1998) Alexithymia: relationship with ego defense and coping styles. *Comp. Psych.* 39, 91-98
9. Taylor G., Bagby R.M., Parker J.D. (1987) Disorders of affect regulation: Alexithymia and psychiatric illness. Cambridge University Press (Trad. it. 2000- Fioriti Editore)
10. De Facci R. (1999) Relazione introduttiva presentata agli atti del Seminario Nazionale del

CNCA su "Le nuove facce della dipendenza, tra policonsumi e problematiche correlate" 18-19

Giugno Pescara

11. Khantzian E. (1985) *The* self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-64

12. Marcolongo F., Saccorotti C. (2005) Danza Movimento Terapia in eroinomani alexitimici durante trattamento con metadone a mantenimento.
www.psychomedia.it/pm/arther/dmt/marclon1.htm

13. Modell A. (1990) *Other times, other realities, toward a theory of psychoanalytic treatment.* Harward University Press

14. McDougal J. (1989) *Teatri del Corpo Trad It.* Cortina, Milano 1990

15. Rossi R., Peraldo R. (1982) La miseria di Dioniso in *PROBLEMI ATTUALI IN PSICHIATRIA*, Giappichelli, Torino pp.68-75

16. Baranger M. (1963) "Mala fè, identidad y onnipotencia" *Revista Uruguaya de Psicoanalysis* Trad. It in *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale* Cortina, Milano 1990

17. Cancellare M. (2000) Alexithymia, antisociality and severity of substance use disorder in men in therapeutic communities: an exploratory study. *Dissertation Abstract International*, 60, .55-63

18. Handelsman L., Stein J., Bernstein D., Oppenheim S. (2000) A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, hostility and PTSD. *Addictive Behaviors* 25, 423-428
19. Rybakowsky J. (1988) High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug Alcohol Dependence* 21, 133-136
20. Shoring E. (1999) Drug choice, affect. *Dissertation Abstracts International* 59, 64-96
21. Loas G., Ottmani O., Lecercle C. (2000) Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics. *Psychiatry Research*, 96, 63-74
22. Speranza M., Corcos M., Stephan P., Loas G., et al (2004) Alexithymia, Depressive experiences, and dependency in addictive disorders. *Substance Use Misuse* 39, 551-579
23. Rasheed E. (2001) Alexithymia in Egyptian substance abusers *Substance Abuse*, 22, 11-21
24. Haviland M., et al. (1988) The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatient. *Psychotherapy and Psychosomatic* 49, 37-40
25. Rotter J. (1954) *Social learning and clinical psychology*. Prentice-Hall Englewood Cliffs
26. Mastrobuoni G., De Gennaro L., Solano L. (2002) Correlazione Alessitimia-Locus of Control: uno studio empirico su 260 soggetti. *Rassegna di Psicologia* 3, 157-167

27. Costa M., Solano L., Auditore F., et al. (1999) Adequate emotional processing as a main psychobiological determinant of safe or unsafe behaviour in HIV-1 infection: a study on 1026 male subjects. 2nd International Conference on the (non) expression of emotions in Health and Disease, Tillburg, 128
28. Salvini A., Turchi G., Conti S. (1989) Monitoraggio di se e forme di autoconsapevolezza. Un'indagine empirica in un gruppo di tossicodipendenti. Bollettino di Psicologia Applicata 189, 37-48
29. Bagby R., Parker J., Taylor G. (1994) The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- I. Item selection and cross validation of the factor structure. Journal of psychosomatic research 38, 23-32
30. Wallston B., Wallston A., Kaplan C., Maides R. (1976) The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. Journal of consulting and clinical psychology 44; 580-585
31. Loas G., Dhee-Perot P., Chaperot C., et al. (1998) Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. Psychopathology, 31, 206-212
32. Verissimo R., Taylor G., Bagby M (1999) Relationship between alexithymia and locus of control. 2nd International Conference on the (non) expression of emotions in Health and Disease, Tilburg, Olanda, pag. 128

33. Andreoli V. (1988) La tossicodipendenza: un personaggio a tre volti. In Tossicodipendenze, Masson Editore

34. McDougal J. (2002) L'economia Psicica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico. Napoli, 8/6/2002