



Uno studio sull'Alexitimia nelle condotte tossicomane

FERNANDEZ GOMEZ CESAREO

Psicologo. Assessore Scientifico della APCTT

ESPINA EIZAGUIRRE ALBERTO

Medico Psichiatra. Professore Titolare nell'Università dei Paesi Baschi, Spagna

ARESTI C., AITOR

Psicologo. Direttore della EXBAI, I+D. Progetto Uomo. Bilbao. Spagna

Introduzione

L'abuso di sostanze stupefacenti è una condotta multideterminata. In accordo col modello bio-psico-sociale, i fattori determinanti possono essere biologici (costituzionali, con una componente ereditaria, neurologici e psicofarmacologici), psicologici (comprendenti fattori di patologia psichiatrica, di personalità, processi affettivi, cognitivi e di apprendimento), sociali, ambientali ed una serie di fattori risultanti dalle loro interazioni multiple. Tra i fattori psicologici collegati all'esordio ed al mantenimento dei disturbi da uso di sostanze, alcuni tra i più studiati sono la personalità e le manifestazioni psicopatologiche del soggetto, in particolare le alterazioni affettive, l'incapacità a regolare le risposte alle emozioni ed il deficit nel controllo degli impulsi. Sono relativamente numerose le ricerche che studiano la relazione

Traduzione a cura della dr.ssa Francesca Solinas.

esistente tra la condotta tossicomane ed i disturbi affettivi (fondamentalmente l'ansia e la depressione) e le alterazioni comportamentali riferibili all'impulsività, alla personalità psicopatica, alla bassa tolleranza alla disforia ed allo scarso controllo degli impulsi, così come la relazione tra queste caratteristiche ed una peggiore prognosi del trattamento.

Esistono anche studi che mettono in rapporto gli stati emotivi negativi con le ricadute nel consumo di sostanze, ed alcune ricerche sperimentali che analizzano l'influenza degli stati emotivi negativi indotti dal desiderio di consumo di sostanze psicoattive («craving»).

Nel suo studio di revisione sui disturbi psichiatrici nei pazienti dipendenti da oppiacei, O'Brien (1984) rileva un'alta proporzione di disordini affettivi tra tali pazienti che chiedono un trattamento al VA Hospital di Philadelphia. Rounsaville & Kleber (1986) riscontrano un tasso del 74.3% di soggetti che presentano una diagnosi di disturbo affettivo secondo i criteri RDC (Criterio Diagnostico nella Ricerca), con diagnosi più frequente di depressione maggiore (53.9%). In altri articoli (Rounsaville, 1992), (Rounsaville e coll., 1983) gli autori trovano alti tassi di prevalenza di disturbi di personalità di tipo antisociale (54.7%), argomentando che le caratteristiche di gran parte dei soggetti con tale diagnosi non paiono accordarsi alla descrizione classica del soggetto con APD, bensì maggiormente ad una patologia secondaria all'abuso di sostanze e ad una risposta impulsiva inerente ad alterazioni affettive non adeguatamente regolate. Una buona revisione in lingua castigliana dei disturbi di personalità rapportati ai disordini affettivi ed alla tossicomania si trova in Tejero (Tejero 1992, a & b). Relazioni simili tra disturbi affettivi ed ansiosi e la tossicomania si trovano in studi clinici di altri autori (Blatt, 1984; Powell, 1992; De Milio, 1989). Questi dati concordano con le teorie che affermano che il problema centrale della dipendenza sia la disregolazione affettiva e la vulnerabilità alla disforia, per cui la dipendenza è presentata come uno stato depressivo cronico od una

vulnerabilità alla depressione episodica ed agli stati ansiosi.

Anche i teorici ed i ricercatori sul fenomeno delle ricadute nel consumo di droghe, nelle loro ipotesi esplicative, hanno attribuito un ruolo importante agli stati emotivi negativi ed alla loro regolazione. Nel loro studio sui fattori determinanti le ricadute, Marlatt e coll. (Marlatt & Gordon, 1980) includono, all'interno di una relazione di otto fattori, tre fattori direttamente collegati con la regolazione delle componenti somatiche e soggettive degli affetti, insieme a fattori connessi al pensiero orientato esternamente od orientato all'azione. In uno studio simile realizzato nel nostro ambito culturale, (Llorente e coll., 1991) si arriva alla conclusione che esistano elementi cognitivi collegati con l'autoregolazione degli stati emotivi negativi (fondamentalmente di natura depressiva e ansiosa) relazionati con le ricadute nei dipendenti da eroina che compongono il campione esaminato. Altre ricerche empiriche che mostrano il rapporto esistente tra stati emotivi negativi e ricadute si trovano in Hogdson (1993), Schonfeld (1989) e Dunn (1986). In uno studio sperimentale, Childress et al. (1986a) osservarono che certi soggetti mostravano desiderio di consumo di sostanze solamente quando si trovavano in determinati stati emotivi (ansia e depressione). In un altro articolo (Childress et al., 1986b) gli stessi autori osservarono che il craving associato a determinati stimoli relazionati con il consumo era differenzialmente collegato ai diversi stati emotivi (ansia e depressione) indotti ipnoticamente. Gli autori conclusero interpretando questi dati come indicatori dell'esistenza di una risposta condizionata ai citati stati emotivi.

L'Alexitimia è un costrutto teorico di origine psicanalitica. Il termine significa etimologicamente «senza parole per le emozioni» (dal greco A = senza; Lexi = parole; Thymos = emozione) (Sifneos, 1977). È considerata come una dimensione continua ma anche come una dimensione dicotomica: un tratto di personalità con capacità esplicativa circa lo sviluppo ed il mantenimento di diversi disturbi di tipo psicosomatico e comportamentali, come l'abuso di sostanze (Taylor, 1991). Il concetto si riferisce ad uno stile cognitivo, affettivo e comportamentale che integra caratteristiche in relazione

con due dimensioni che completano il costrutto: a) una scarsa coscienza delle proprie emozioni e b) il pensiero operatorio (Nemiah, 1997). La prima dimensione si riferisce fondamentalmente a: 1) la difficoltà nel distinguere le componenti somatiche da quelle soggettive dell'attivazione emozionale (sensazioni e sentimenti rispettivamente) e 2) la difficoltà ad identificare e descrivere i sentimenti. Queste caratteristiche sono solitamente associate ad un'attenzione selettiva ed amplificazione delle componenti fisiologiche della risposta emotiva ed alla conseguente disforia. La seconda dimensione del costrutto si riferisce a quello che alcuni autori denominano pensiero «operatorio» (Marty, 1980; Marty & M'Uzan, 1963). Le caratteristiche osservabili collegate a questo concetto sono: 1) uno stile di vita esternalizzato, orientato all'azione; 2) uno stile cognitivo orientato esternamente (concreto, letterale, utilitarista, riferito ad eventi esterni), legato a fatti, non a concetti astratti, con mancanza d'introspezione e di analisi psicologica degli avvenimenti e del proprio comportamento o dei sentimenti, esistendo una disconnessione con le emozioni. Questo pensiero operatorio è associato, secondo Marty, alla depressione vitale, all'autosvalutazione, all'anedonia ed alla precarietà del lavoro mentale.

Sulla base dell'esistenza di un costrutto teorico (Alexitimia) collegato a deficit nella regolazione dei processi affettivi e data l'evidenza che le alterazioni affettive e le risposte comportamentali a queste costituiscono fattori in rapporto diretto con la tossicomania e con la sua riabilitazione, sorge la questione della possibile esistenza di una relazione sistematica tra Alexitimia e tossicomania. Questo studio intende realizzare un sondaggio preliminare e dare una risposta a tale domanda.

Materiali e metodi

L'obiettivo di questa ricerca è lo studio dell'Alexitimia, così come è valutata con la Toronto Scale per l'Alexitimia Rivisitata (TAS-R, Taylor, 1992), e della sua distribuzione in un gruppo formato da tossicomani avviati in un percorso di riabilitazione, confrontati con un gruppo di controllo composto da soggetti normali.

Per la valutazione dell'Alexitimia si è utilizzato la Toronto Scale per l'Alexitimia Rivisitata (TAS-R). Consiste in un questionario autosomministrato formato da 23 item che si valutano su di una scala tipo Likert di 5 punti. I punteggi più alti corrispondono ad un maggior grado di Alexitimia e, pertanto, ad un maggior deficit. Il TAS-R paragona i punteggi dei due fattori che compongono il costrutto teorico dell'Alexitimia, quelli già descritti nell'introduzione. Il primo di questi (denominato più avanti *fattore 1*), si riferisce alla capacità di distinguere sensazioni corporee e sentimenti collegati all'attivazione emozionale ed alla capacità d'esprimere i propri sentimenti agli altri individui. Il secondo fattore (denominato in seguito *fattore 2*), si riferisce al pensiero operatorio, orientato esternamente. Il punteggio totale nell' Alexitimia si ottiene sommando i due punteggi con lo stesso peso relativo.

Il disegno utilizzato è di tipo trasversale. Il gruppo di controllo è composto da 84 soggetti, 74 uomini e 10 donne. Il gruppo clinico è costituito da 123 soggetti, 90 uomini e 33 donne, che soddisfano i criteri diagnostici per la dipendenza da eroina o la politossicomania con dipendenza da eroina secondo i criteri del DSM-III-R. Il gruppo di soggetti in riabilitazione per la dipendenza da eroina è formato da quattro sottogruppi, situati a differenti livelli di recupero, coincidenti con l'inizio e la fine delle tre fasi del programma di riabilitazione «Progetto Uomo» a Bilbao: Accoglienza, Comunità Terapeutica e Reinserimento.

La valutazione dei soggetti tossicomani è stata effettuata tra i mesi di Marzo e Giugno del 1993, durante lo svolgimento del programma. La partecipazione è stata volontaria e indipendente dai requisiti del programma di trattamento. Si è ottenuta l'accettazione nel 95% dei soggetti sollecitati a partecipare allo studio.

Abbiamo utilizzato la SPSS, versione PC+, per la realizzazione delle analisi statistiche. Sono state usate le prove non parametriche per verificare l'aggiustamento della distribuzione dell'Alexitimia alla curva normale dell'aleatorietà, così come la sua relazione con variabili sociodemografiche di tipo nominale. Per il confronto delle medie nell'Alexitimia tra il gruppo clinico e quello di controllo è stata utilizzata la prova parametrica t di Student. I livelli

di significatività considerati per tutti questi rapporti sono stati del $p = .05$.

L'analisi della validità interna della TAS-R è stata calcolata mediante il coefficiente «alfa» di Cronbach ed il calcolo della correlazione media tra gli item.

Risultati

I coefficienti di validità interna sono dello 0.81 per la scala globale dell'Alexitimia, 0.84 per il fattore 1 e 0.62 per il fattore 2. La correlazione media tra gli item è stata dello 0.16.

I punteggi dei due fattori e quello totale si distribuiscono aleatoriamente all'interno di ciascuno dei due gruppi, con un range di valori che si accorda alla curva normale e con varianze approssimativamente uguali, il che permette di applicare la prova parametrica del t di Student per il confronto delle medie tra i gruppi.

Le variabili sociodemografiche sottoposte a studio in entrambi i gruppi (clinico e di controllo) sono state il sesso, l'età, lo stato civile ed il livello di qualificazione lavorativa raggiunto (professione). Il confronto tra il gruppo non clinico ed il gruppo totale dei tossicomani in riabilitazione mostra differenze statisticamente significative in tutte le variabili sociodemografiche studiate, ad eccezione dello stato civile. Nonostante ciò, nessuna di queste variabili mostra una relazione significativa con i punteggi riguardanti i due fattori o la scala totale dell'Alexitimia, sia nel gruppo clinico che nel gruppo di controllo.

Riassumendo, in accordo coi risultati degli autori della ricerca (Taylor e coll., 1992), la TAS-R ha dimostrato di essere uno strumento relativamente affidabile per la valutazione dell'Alexitimia come caratteristica di personalità, anche nella popolazione spagnola. I punteggi relativi all'Alexitimia non mostrano una relazione significativa con l'età o con il sesso. Nel nostro studio non si è trovato nemmeno alcun rapporto con lo stato civile e professionale, così come non è stata evidenziata alcuna relazione tra i criteri variabili menzionati e le caratteristiche sociodemografiche familiari ed individuali raccolte nella storia psicosociale.

La tabella n°1 mostra punteggi medi, deviazioni standard ed intervalli di confidenza ottenuti nei due gruppi, riferiti ai punteggi totali.

Tabella n°1: Statistiche descrittive ed intervalli di confidenze al 95% dei punteggi totali e relativi ai due fattori, ottenuti nei differenti gruppi.

PUNTEGGI TOTALI NELL' ALEXITIMIA			
GRUPPO	MEDIA	D.S	INTERVALLO AL 95%
gruppo clinico	69.1	10.86	67.15 - 71
gruppo di controllo	54.2	11.8	51.64 - 56.8
PUNTEGGI NEL FATTORE 1			
gruppo clinico	40.7	9.73	8.97 - 42.44
gruppo di controllo	33.4	9.86	31.25 - 35.5
PUNTEGGI NEL FATTORE 2			
gruppo clinico	28.4	4.6	27.56 - 29.20
gruppo di controllo	20.8	5	19.7 - 21.9

del fattore 1 e del fattore 2 nell'Alexitimia.

I punteggi medi nei due fattori ed il punteggio totale mostrano differenze notevoli tra il gruppo di controllo ed il gruppo clinico.

Una volta accertato che erano soddisfatte le ipotesi di aleatorietà e normalità nelle distribuzioni di queste variabili criteriali, insieme con l'omoscedasticità delle varianze, si è passati al calcolo ed all'interpretazione dei risultati dell'analisi parametrica per il confronto delle medie.

Con la prova *t* di Student si sono ottenuti i seguenti dati:

Il gruppo clinico (nella sua globalità) raggiunge punteggi significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo relativamente ai punteggi dei due fattori e del totale (Alexitimia), ed il livello di significatività è analogo in tutte le comparazioni ($p = .000$).

Il confronto tra il gruppo non clinico ed i differenti sottogruppi di eroinomani in riabilitazione ha portato ai seguenti risultati:

I punteggi nel fattore 1 mostrano differenze significative tra il gruppo di controllo e, rispettivamente, il gruppo di Ammissione e quello di Pre-Comunità Terapeutica ($p = .000$ in entrambi i casi); i punteggi di questo fattore sono significativamente più elevati nel sottogruppo di soggetti che è passato in comunità terapeutica rispetto al gruppo di controllo ($p = .017$), malgrado queste differenze non siano statisticamente significative nel confronto tra il gruppo

non clinico ed i gruppi di Post-comunità terapeutica e di Pre-dimissione separatamente.

I punteggi riguardanti il fattore 2 ed il totale (Alexitimia) sono significativamente più elevati nei quattro sottogruppi clinici rispetto al gruppo di controllo; il livello di significatività è analogo in tutte le comparazioni.

Discussione

Si può prendere in considerazione il fatto che i risultati abbiano mostrato un livello accettabile di validità interna e di omogeneità negli item della scala globale, in accordo con le informazioni date dal questionario TAS-R. Ponendo attenzione alle componenti fattoriali, questi coefficienti sono elevati nel fattore 1 e nel punteggio globale, mentre sono più moderati nel fattore 2. Il coefficiente di correlazione tra i due fattori (0.28 ; $p = .000$) ha dimostrato come entrambi i fattori abbiano misurato due aspetti in relazione con lo stesso costrutto, sebbene relativamente indipendenti. La Toronto Scale per l'Alexitimia Rivisitata (TAS-R) può essere considerata relativamente affidabile al fine della valutazione dell'Alexitimia tra soggetti normali e tra tossicomani nel nostro habitat, in mancanza di dati sulla stabilità temporale della misura (affidabilità test-retest).

La natura dello studio, di tipo trasversale e descrittivo, obbliga ad interpretare i dati ottenuti nella comparazione tra i gruppi all'interno dei suoi limiti metodologici. Tenendo conto di questa limitazione, i nostri risultati mettono in evidenza che il gruppo formato da soggetti tossicomani si presenta deficitario in entrambe le dimensioni che formano il costrutto Alexitimia. Questo fatto conferma empiricamente le ipotesi che mettono in relazione la tossicomania con l'Alexitimia, intesa come tratto di personalità.

Gli effetti osservati nei differenti fattori che integrano il costrutto, potrebbero indicare che la maggior deviazione relativa al fattore che valuta il pensiero operatorio, così come la sua maggior resistenza relativa al cambiamento (in questo tipo di interventi), potrebbe interpretarsi come un indizio del fatto che la «personalità operatoria» è un fattore più strutturale e profondo, soggiacente al deficit nella processazione cognitiva delle emozioni e associato alla

à tera-
te.
atale
ievati
grup-
è ana-

l fatto
accet-
à negli
le in-
R. Po-
toriali,
ore l e
mode-
azione
ostrato
to due
o, seb-
oronto
può es-
al fine
oggetti
itat, in
le della

le e de-
ttenuti
mo dei
di que-
in evi-
tossico-
e le di-
xitimia.
ipotesi
nia con
nalità.
ori che
are che
che va-
: la sua
ento (in
rpretar-
onalità
: e pro-
essazio-
ato alla

componente depressiva e sociopatica, identificata da diversi autori tra i dipendenti da oppiacei. La ridotta coscienza delle emozioni potrebbe essere associata, in tali soggetti, ai disturbi d'ansia presenti nelle situazioni interpersonali (da cui deriva che la percezione e la comprensione dei processi affettivi è essenziale), ed al conseguente aumento dell'attivazione psicofisiologica (somatizzazione).

La mancanza di coscienza delle emozioni o, in altra maniera, i deficit nella percezione ed identificazione delle componenti soggettive (sentimenti), rendono difficile l'autocontrollo delle risposte associate agli stati emotivi. Allo stesso tempo questo deficit nella identificazione si ricollega alla focalizzazione ed amplificazione delle componenti somatiche e fisiologiche delle emozioni. Il risultato probabile è l'aumento della disforia che si accompagna all'attivazione psicofisiologica. Il pensiero esternalizzato, caratterizzato dall'attenzione selettiva agli eventi esterni, in contrapposizione con l'attenzione riflessiva o centrata sul soggetto stesso, rende inoltre difficile l'attuarsi dei processi di autopercezione ed autoregistrazione delle risposte comportamentali, così come l'analisi del contesto situazionale in cui queste si producono, e favorisce l'orientamento verso l'attuale ed il concreto, verso l'utilizzazione strumentale degli stimoli esterni, in contrapposizione al compromesso con se stesso e con gli altri ed all'interesse per il passato ed il futuro.

I soggetti immersi in uno stato di dipendenza hanno alte probabilità di sperimentare numerosi eventi stressanti, di tipo intra ed interpersonali. Se il soggetto ha un basso livello di tolleranza al malessere ed alle frustrazioni, le possibilità di abbassare ulteriormente questo livello aumentano come conseguenza dello stile comportamentale specifico dei soggetti alexitimici. Infine, il consumo di droghe può considerarsi come una risposta appresa autorinforzante. In particolare, oppiacei e psicofarmaci possiedono un considerevole potere ansiolitico ed eliminatore di malessere. Tutto ciò suggerisce che il deficit alexitimico può integrarsi in un modello teorico esplicativo dell'abuso di sostanze.

L'integrazione di questi risultati in un modello teorico deve essere interpretata come euristica. Il costrutto Alexitimia non è stato sottoposto ad una investigazione sistematica, appli-

cando disegni longitudinali adeguati ripetuti che provino la sua importanza nello sviluppo e mantenimento dell'abuso di sostanze psicoattive. Allo stesso modo, sebbene esistano modelli teorici esplicativi della dinamica e dello svolgimento della processazione cognitiva delle emozioni e dello sviluppo degli affetti, le ricerche dirette alla validazione empirica degli stessi si trovano in una fase iniziale. Infine, l'iniziazione al consumo di droghe e gli effetti di queste sulle strutture neuroanatomiche del S.N.C. e sul sistema dei neurotrasmettitori, porta a chiedersi in quale misura le caratteristiche alexitimiche osservate siano antecedenti o conseguenti all'abuso di sostanze. Nonostante ciò, i risultati osservati stimolano allo studio sistematico dei rapporti esistenti tra l'Alexitimia e le caratteristiche cliniche nella tossicomania, inclusa la sua relazione con il trattamento e la riabilitazione dei soggetti dipendenti da oppiacei.

Bibliografia

- Blatt, S. J.; Rounsaville, B. J.; Eyre, S.; Wilber, C.; (1984) The Psychodynamics of Opiate Addiction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 172, N. 6, 342-351.
- Childress, A. R.; McLellan, A. T.; & O'Brien, C. P.; (1986a) - «Role of Conditioning Factors in the Development of Drug Dependence». *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 9, N° 3, 413-425.
- Childress, A. R.; McLellan, A. T.; & O'Brien, C. P.; (1986b) - «Mood States act as a eliciting stimuli for conditioned craving and withdrawal in opioid addicts. Manuscript no publicado.
- De Leon, G.; 1989 - Psychopathology and Substance Abuse: What Is Being Learned from Research in Therapeutic Communities. *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 21 (2), 177-188.
- Demilio, L.; (1989) - Psychiatric Syndromes in Adolescent Substance Abusers. *Am. J. Psychiatry*, 146: 9, 1212-1214.
- Dunn, R.; (1986) - Relapse and the Addict. Dunn, R.; Relapse and the Addict. Hazelden Foundation. ISBN: 0-89486-393-2.
- Hodgson, R. J.; Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas & Gossop, M.; (Coord.) *Recaída y prevención de recaídas*. 161-190. CITRAN. Monografías de Toxicomanías. (1993).
- Llorente, J.; Gutiérrez, M.; Lopez, E.; Ruix, J.; (1991) - Adicción a Opiáceos: Factores asociados a la abstinencia desde un modelo Cognitivo Conductual. Un estudio Piloto. *Osakidetza*.

Marlatt, A.; Gordon, J. R.; (1980) - Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change. En: Davidson, P. O., y Davidson, S. M., eds. Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Bruner/Mazel.

Marty, P.; & M'Uzan, M.Dc.; (1963). La Pensée Opératoire. Revue Française de Psychanalyse. 27, 345-356.

Marty, P.; Les mouvements individuels de vie et de mort. Paris Payot, (1980).

McLellan, A. T.; Luborsky, L.; Woody, G. E.; Druley, K. A.; O'Brien, C. P.; (1983). «Predicting response to drug and alcohol treatments: Role of psychiatric severity. Archives of General Psychiatry, 40: 620-625.

Nemiah, J. C.; (1977) - «Alexithymia. Theoretical Considerations». Psychother. Psychosom., 28: 199-206.

O'Brien, Ch. P.; Woody, G. E.; McLellan, A. T.; Psychiatric Disorders in Opioid-Dependent Patients. Journal of Clinical Psychiatry, 45, 9-13. (1984).

Powell, J. E.; Taylor, D.; (1992). Anger, Depression, and Anxiety Following Heroin Withdrawal. The International Journal of the Addictions, 27 (1), 25-35.

Rounsaville, B. J.; Eyre, S. L.; Weissman, M. M.; Kleber, H.; (1983). The Antisocial Opiate Addict. En Psychosocial Constructs of Alcoholism and Substance Abuse. 29-42. Haworth Press.

Rounsaville, B. J.; Kosten, T. R.; Weissman, M. M.; Kleber, H. D.; (1986) - «Prognostic significance of psychiatric disorders in treated opiate addicts. Archives of General Psychiatry, 43: 739-745.

Rounsaville, B. J.; (1992) - Methods for Diagnosing Psychiatric Disorders in Opioid Addicts. En M. Casas (Coord.) Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I). CITRAN. Monografías de Toxicomanías. 33-58.

Rounsaville, B. J.; Kleber, H.; (1986). Psychiatric Disorders in Opiate Addicts: Preliminary Findings on the Course and interaction with Program Type. En: Meyer, R. E. (Ed.): Psychopathology and Addictive Disorders. Guilford Press. 135-145.

Schonfeld, L.; Rohrer, G. E.; Dupree, L. W.; Thomas, M.; (1989) - Antecedents of Relapse and Recent Substance Use. Community Mental Health Journal, Vol. 25, N. 3, 245-249.

Sifneos, P. E.; Apfel-Savitz, R.; Frankel, F. H.; (1977) - «The Phenomenon of 'Alexithymia'». Psychother. Psychosom. 28: 47-57.

Taylor, G. J.; Bagby, R. M.; Parker, J. D. A.; (1992). «The Revised Toronto Alexitimia Scale: Some Reliability, Validity, and Normative Data». Psychother Psychosom. 57: 34-41.

Taylor, G. J.; Bagby, R. M.; Parker, J. D. A.; (1991). «The Alexithymia Construct. A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine». Psychosomatics, Vol. 32, N° 2. 153-164.

Tejero, A.; & Casas, M.; (1992). «Trastornos de la personalidad en pacientes a los opiáceos: incidencia, modelos explicativos de interrelación y repercusiones clínico-asistenciales. En M. Casas (Coord.) Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I). 123-178. CITRAN. Monografías de Toxicomanías.

Tejero, A.; & Casas, M.; (1992). La hipótesis de la automedicación y su relevancia en la explicación de la relación clínica existente entre los trastornos de la personalidad y las drogadependencias. En M. Casas (Coord.) Trastornos psíquicos en las toxicomanías (I). 33-58. CITRAN. Monografías de Toxicomanías.

RIASSUNTO

Nel presente studio si attua un confronto tra un gruppo di eroinomani in riabilitazione (n = 123) ed un gruppo di controllo (n = 84). La variabile in studio è l'Alexitimia, valutata utilizzando la Toronto Scale per l'Alexitimia Rivisitata (TAS-R, Taylor, 1992). I soggetti dipendenti da eroina mostrano livelli significativamente più elevati rispetto al gruppo di controllo in entrambi i punteggi fattoriali e nel punteggio totale riguardante l'Alexitimia. Non si osserva alcuna relazione tra i punteggi dell'Alexitimia e le variabili sociodemografiche. Questi risultati sono interpretati come dimostrazione del rapporto esistente tra l'Alexitimia e la tossicomania. Si commenta la relazione tra questi risultati e la capacità di autocontrollo delle emozioni nei soggetti eroinomani e si suggeriscono linee di ricerca.

SUMMARY

In the present study a comparison is made between a group of heroin addicts in a rehabilitation program (n = 123) and a control group (n = 84). The examined variable is alexithymia, assessed using the Toronto Alexithymia Scale Revised (TAS-R, Taylor, 1992). The heroin-dependent subjects show significantly increased levels, compared with the control group, in both the factorial scores and the total score regarding Alexithymia. No relation is observed between Alexithymia scores and sociodemographic variables. These results are interpreted as a demonstration of the relationship existing between Alexithymia and drug addiction. The relationship between these results and the ability of emotional self-control in heroin addict subjects is discussed, and research directions are proposed.

