

Alessitimia, regolazione affettiva e impulsività: valutazione in un campione di soggetti alcolisti e tossicodipendenti

Riassunto

Introduzione: per alessitimia si intende la difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni. Lo scopo del presente studio è valutare la presenza di una percentuale di soggetti alessitimici in un campione di pazienti alcolisti e tossicodipendenti, e di misurare la correlazione tra alessitimia e impulsività.

Metodi: 61 pazienti, suddivisi in 29 con Disturbo da Uso di Alcol e 33 con Disturbo da Uso di Sostanze diverse da alcol sono stati reclutati in due ospedali di Roma e Potenza.

Risultati: dall'analisi dei dati emerge la presenza di una percentuale di soggetti alessitimici pari al 41%. Un secondo risultato riguarda la presenza di un'associazione tra alessitimia ed impulsività esclusivamente nei soggetti con Disturbo da Uso di sostanze.

Discussione: tale valore potrebbe confermare l'ipotesi che vede la dipendenza patologica e l'abuso di alcol come condizioni dettate dall'incapacità di riconoscere vissuti emotivi i quali, nell'impossibilità di essere regolati, verrebbero "attutiti" mediante l'uso di sostanze. Un'ipotesi alternativa considera l'uso di alcol e sostanze come tentativi di "sentire le emozioni" e quindi il senso di sé, tramite esperienze eccitanti. La differenza fra alcolisti e abusatori di altre sostanze potrebbe avere alla base differenze di tipo neurobiologico.

Parole chiave: Alessitimia, Impulsività, Alcolismo, Tossicodipendenza

Summary

Introduction: alexitimia is the inability to identify, describe and communicate emotions. The aim of the present study is to estimate the number of alexitimic subjects in a sample of patients diagnosed with alcohol and other substance use disorders and to evaluate the correlations between alexitimia and impulsivity.

Methods: sixty-one patients, subdivided in 29 with a DSM IV diagnosis of Alcohol Use Disorder, and 33 with diagnosis of Substance Abuse different from alcohol. Patients were recruited in two hospitals of Rome and Potenza.

Results: the number of alexitimic subjects was 41%. A significative correlation between alexitimia and impulsivity was evidenced in the group of subjects with a substance abuse different from alcohol but not in the alcohol use disorders group.

Discussion: the high level of alexitimia described could be explained by the hypothesis of the use of substance as the way to control those feelings that cannot be recognized and expressed. Another theory explains the use of substance and alcohol as the way to feel those feelings usually unexpressed. The difference between alcoholics and substance abusers could be explained by different neurobiological patterns

Key words: Alexitimia, Impulsivity, Alcoholism, Drug dependence

Introduzione

Indubbiamente la popolazione di soggetti alcolisti e tossicodipendenti rappresenta un universo estremamente eterogeneo dove variabili psicologiche, ambientali, sociali e biologiche possono combinarsi in maniera complessa generando manifestazioni difformi o analoghe accomunate da un unico e riconoscibile fattore comune: l'abuso. Volendo calarci nel nostro oscuro territorio alla ricerca di dimensioni visibili che possano dare senso al fenomeno, rimarremmo colpiti dall'enorme mole di letteratura sviluppata intorno alla tematica della regolazione affettiva e a quella dell'alessitimia, tematiche tra l'altro ricorrenti in un'ampia gamma di disturbi. Pensando a fondo al costrutto dell'alessitimia e alla necessità degli individui di dare senso, "corpo" e "struttura" ai propri vissuti emozionali definendo nel tempo un senso di sé ed un pensiero narrativo sul proprio essere in relazione al mondo, l'interesse riscontrato da tale tematica risulta piuttosto chiaro. Questa dimensione, infatti, rimanda all'idea che un'alterazione dell'elaborazione emotiva, necessaria per rendere "pensabili le emozioni" e per fornire continuità al senso di sé, possa condurre gli individui a voler regolare la propria affettività non mentalizzata (10) tramite forme e modalità eterogenee. In tale ottica l'uso di sostanze o di alcol, l'impulsività, i disturbi psicosomatici, le "abbuffate alimentari", potrebbero essere visti come aspetti di uno stesso fenomeno: il tentativo disperato di regolare un'emotività non mentalizzata e quindi spesso dolorosa. Analogamente, la scarsa capacità di gestire le emozioni

o di comprendere i propri ed altrui stati emotivi, difficoltà che si ritrova spesso nei soggetti alcolisti e tossicodipendenti sotto forma di "basso Quoziente di Empatia" (16), potrebbe da un lato condurre all'emergere di tratti impulsivi, dall'altro portare il soggetto ad utilizzare la sostanza come forma di integrazione sociale (16).

In linea con recenti ricerche che hanno valutato la correlazione tra alessitimia, e dissociazione in un campione di tossicodipendenti (6), nonché studi che hanno valutato la presenza di una percentuale significativa di soggetti alessitimici in un campione di pazienti dipendenti da sostanze (20), sosterremo l'ipotesi secondo cui gli alcolisti e gli abusatori avrebbero difficoltà ad esprimere, identificare o descrivere i propri vissuti emozionali e a discriminare gli stati emotivi dalle sensazioni corporee sottostanti. Secondo la presente ipotesi, inoltre, tale incapacità sarebbe alla base del tentativo di regolare l'affettività tramite l'uso di alcol e sostanze. Valuteremo, quindi, la correlazione tra alessitimia e impulsività, considerando il secondo costrutto un ulteriore fenomeno connesso con quella che appare una problematica centrale nella psicopatologia odierna: la regolazione affettiva.

Esaminando più da vicino i fenomeni con cui l'alcolista o il tossicodipendente si trova alle prese giornalmente e che raccontano il suo mondo interno, le vicissitudini dei propri moti emotivi, l'incessante tentativo di definirsi tramite oggetti-sé (14) che prendono forme diverse o di dare slancio a esperienze emotive volte a perturbare il corpo definendo un nuovo ed istantaneo senso del proprio esistere, ci troviamo

alle prese con un'ampia mole di concetti che tentano di cogliere probabilmente il fulcro di esperienze di crescita psichica ed emozionale come quello di alessitimia (17); mentalizzazione (10); funzione riflessiva (10); funzione alfa (2), contenimento (1). Molti di questi concetti evidenziano la necessità che le emozioni, vissute inizialmente come stati generici di piacevolezza o spiacevolezza o come sensazioni fisiche in grado di definire un arcaico senso di sé, vengano gradualmente elaborate in modo da creare rappresentazioni dotate di senso o fantasie, sogni, immagini (1) tali da costruire gradualmente una *coscienza estesa* di sé (8). Secondo le moderne impostazioni neuroscientifiche, il percorso che porterebbe le emozioni ad affiorare alla coscienza, andrebbe di pari passi con quello che porterebbe l'individuo a definirsi nel tempo dando luogo ad un pensiero narrativo su di sé. L'alterazione di tale processo, quindi, potrebbe condurre ad una distorsione significativa dell'immagine interna di sé.

Osservando il nostro costrutto più da vicino, non ci resta che fornire alcune definizioni.

L'alessitimia è la difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni e di distinguere i vissuti emotivi dall'attivazione fisiologica sottostante; include anche la povertà dei processi immaginativi, lo stile cognitivo orientato verso la realtà esterna e l'adattamento sociale di tipo conformistico (22). Il concetto di alessitimia è nato nella prima metà degli anni '70 (1973) dall'osservazione di pazienti psicosomatici (17) e si è evoluto in seguito grazie agli studi del gruppo di Toronto (18). L'ipotesi attuale dei ricercatori Canadesi è che l'elevata comorbidità tra sindromi dell'asse I e tra asse I e II del DSM IV, sia spiegabile per il fatto che appartengano a un medesimo costrutto che è quello relativo alla regolazione affettiva. Quest'ultima indica non solo la capacità di controllare le emozioni ma di tollerare affetti negativi come il vuoto, la noia e la perdita bilanciandoli con quelli positivi in maniera autonoma ovvero senza il bisogno di oggetti esterni (7). Le moderne impostazioni teoriche considerano l'alessitimia un costrutto dimensionale presente all'interno di diverse manifestazioni patologiche accomunate dal problema della regolazione affettiva (7).

Altri concetti significativi per la comprensione dell'alessitimia sono quello di mentalizzazione (10); funzione riflessiva (11); funzione alfa (1) ecc. La mentalizzazione riguarda la capacità di simbolizzare vissuti emotivi e creare rappresentazioni stabili e coerenti di sé e dell'altro da sé. La funzione riflessiva corrisponde al processo mediante cui il bimbo "legge" o "comprende" la mente altrui derivando lo stato del Sé dalla percezione dello stato mentale dell'altro da sé. La capacità di concepire la mente dell'altro e di riconoscerlo come portatore di bisogni emozioni, sentimenti pensieri, sarebbe direttamente correlata alla capacità del care-giver di *riflettere* sulla mente altrui e quindi di identificare e contenere i bisogni emotivi del piccolo, consentendo in tal modo la loro graduale individuazione. Un altro concetto importante per lo sviluppo della funzione riflessiva nel bambino è l'organizzazione di una *base sicura* (3) intesa come tendenza a stabilire una prossimità fisica e affettiva con l'altro che viene in seguito rappresentato come "capace di prendersi cura del piccolo". Il processo che conduce a trasformare esperienze emotivo-affettivo in immagini e rappresentazioni mentali è stato descritto molto bene anche da Bion il quale evidenzia come le impressioni sensoriali ed emotive prive di senso e non elaborate (elementi beta), ven-

gono dapprima contenute dalla madre attraverso un processo di attribuzione di senso *detto funzione di rêverie* ed in seguito sintetizzate dal soggetto in modo da formare rappresentazione ed immagini dette elementi alfa (2). Tale funzione (funzione alfa), costituirebbe l'apparato in grado di pensare i pensieri.

Dunque, la capacità di trasformare esperienze emotive in rappresentazioni genererebbe, in linea con le succitate impostazioni teoriche, il loro affiorare alla coscienza, mentre il loro legame porterebbe allo sviluppo di una coscienza di sé estesa nel tempo. La capacità di *mentalizzare* o di *riflettere sul sé e sull'altro*, nascerebbe dapprima da una capacità del care-giver di porsi come *base sicura* riflettendo sui bisogni emotivi del piccolo e sintonizzandosi con essi, poi dallo sviluppo di quella che viene definita da Bion *funzione alfa*. Esperienze positive di "vicinanza" e "contenimento" porterebbero allo sviluppo della capacità di integrare esperienze sensoriali in immagini e fantasie che a loro volta costituirebbero i mattoni del pensiero. Un'alterazione di questo processo, mediata da un attaccamento non sicuro o da una mancata sintonizzazione del care-giver con i bisogni del piccolo, porterebbe ad una ridotta mentalizzazione delle esperienze con conseguente formazione di rappresentazioni mentali di sé e dell'altro alterate da elementi emotivi non elaborati.

Il gruppo di Toronto nel tentativo di spiegare l'elevata comorbidità tra vari disturbi del DSM, ha sviluppato il costrutto di regolazione affettiva ed ha considerato l'alessitimia come un aspetto di questo fenomeno. Secondo questo paradigma diversi disturbi sarebbero indotti da una difficoltà a regolare l'affettività ovvero di *contenerla* tollerando vissuti emotivi negativi.

Considerando l'alessitimia come un'alterazione del percorso che porterebbe l'affiorare delle emozioni alla coscienza rendendo impossibile la loro discriminazione e verbalizzazione, sarebbe utile interrogarsi su quale parte del processo di elaborazione emozionale sarebbe alterato nei soggetti alessitimici.

Il processo emozionale è costituito da una serie di reazioni dell'organismo agli eventi o agli oggetti e si completa con la produzione di mappe neuronali e immagini mentali che consentono l'acquisizione del sentimento (9).

Il sentimento è l'idea che il corpo sia in un certo modo, ossia del suo interno, quando è perturbato dall'emozione (9). In linea con il pensiero di Damasio, la rappresentazione del sé quando il corpo è perturbato dall'emozione, darebbe luogo al sentimento che a sua volta, legato ad ulteriori esperienze transitorie, porterebbe ad una *coscienza estesa* di sé. Secondo Damasio, il processo che genererebbe l'affiorare delle emozioni alla coscienza, condurrebbe alla formazione di immagini storiche di sé date da "*esperienze nucleari*" legate tra loro e registrate nella memoria. Seguendo le teorie precedentemente definite, un difetto nella capacità di sintetizzare "*elementi beta*" dando luogo a rappresentazioni, sogni o fantasie (2) condurrebbe ad un'alterazione del "sentire le emozioni" (8), della loro simbolizzazione e quindi della formazione di immagini di sé legate alle esperienze emotive. Seguendo questo paradigma, prima della verbalizzazione, le emozioni emergerebbero alla coscienza sotto forma di sentimenti; il difetto sarebbe dunque ben prima delle parole. Anche Bucci (5) sottolinea che i soggetti alessitimici non sarebbero senza parole per descrivere gli stati somatici, bensì senza simboli (verbali e non verbali). Secondo Bucci, il sistema di elaborazione delle emozioni passerebbe da

una fase di elaborazione subsimbolica non verbale (sentire le emozioni guardando il volto dell'altro) passando per una fase simbolica non verbale (emozioni ancora traducibili in parole) fino alla modalità simbolica verbale. L'essere "senza simboli" condurrebbe, quindi, al tentativo di regolare la propria affettività mediante l'uso di droghe, alcol ed altro.

Anche LeDoux ipotizza che la maggior parte dell'elaborazione emotiva avvenga al di fuori della consapevolezza cosciente e che i sentimenti soggettivi rappresentino solo la "ciliegina sulla torta emotiva" dove i fatti fondamentali sono rappresentati da stati del cervello e risposte del corpo (15). Secondo LeDoux (15) i circuiti coinvolti nell'elaborazione emotiva sarebbero 2: 1) la via breve che dal talamo raggiungerebbe l'amigdala, responsabile delle risposte emotive più immediate e rapide e 2) la via lunga, dal talamo alla neocorteccia e poi all'amigdala, che condurrebbe ad una risposta emotiva più modulata legata alle esperienze passate, alle immagini e ai ricordi. Secondo LeDoux, la qualità della regolazione emotiva deriverebbe dalla forza delle vie neuronali che vanno dalla corteccia prefrontale all'amigdala. Il sentimento nascerebbe dall'integrazione, nella memoria di lavoro, delle rappresentazioni effettuate dall'amigdala e dalla neocorteccia, insieme alle rappresentazioni degli stimoli scatenanti, integrate con quelle delle esperienze passate e del sé. Il sistema della memoria di lavoro coinvolgerebbe la corteccia cingolata anteriore, la corteccia orbitofrontale la corteccia prefrontale laterale.

Dunque, LeDoux sottolinea come una parte di elaborazione cosciente delle emozioni richieda lo sviluppo di sistemi di rappresentazioni, pensieri ed immagini che porterebbero al sentimento. In linea con il paradigma di LeDoux, Caretti e La Barbera (7) ipotizzano la presenza negli individui con bassa intelligenza emotiva, costruito altamente correlato all'alestitimia, di una bassa integrazione interemisferica e una ridotta attività della corteccia cingolata anteriore responsabile della memoria di lavoro (7).

Come sottolineano i succitati modelli teorici e le moderne impostazioni neuroscientifiche, l'elaborazione delle emozioni, necessaria per sviluppare un'immagine stabile di sé e dell'altro (12), si completerebbe con il sentimento dato dalla rappresentazione del corpo quando è perturbato dall'emozione (8), immagine che porterebbe a sua volta alla verbalizzazione delle emozioni. Nei soggetti alestitimici il difetto di regolazione affettiva, che poi sarebbe alla base di una vasta gamma di comportamenti o disturbi (7), sarebbe connesso con un alterato processo di mentalizzazione emotiva o di formazioni di immagini, rappresentazioni o fantasie, difetto che troverebbe le proprie radici in una serie di alterazioni neurobiologiche responsabili a loro volta dell'elaborazione cosciente delle emozioni.

Scopo di questo lavoro è quello di valutare la presenza di una percentuale statisticamente significativa di soggetti alestitimici in un campione di tossicodipendenti ed alcolisti e di studiare la correlazione negli stessi campioni tra alestitimia ed impulsività.

Materiale e Metodi

L'obiettivo della ricerca è quello di evidenziare la presenza di una percentuale significativa di soggetti alestitimici in un

campione di alcolisti e tossicodipendenti e di valutare il livello di correlazione tra impulsività e alestitimia nei gruppi. Il campione è formato da 61 pazienti, di cui 28 con una diagnosi secondo DSM-IV di Disturbo da uso di Alcol e 33 di Disturbo da uso di sostanze diverse dall'alcol ed è stato reclutato nel periodo tra febbraio 2005 e luglio 2005 in due diversi centri: il Day Hospital del policlinico "A.Gemelli" di Roma, il SERT della ASL n°2 di Potenza.

Tutti i soggetti sono stati informati sulle modalità e scopi della ricerca, acconsentendo di partecipare allo studio senza alcun tipo di compenso.

I confronti tra medie sono stati eseguiti utilizzando il t-test di Student per campioni indipendenti. Il calcolo dei coefficienti di correlazione tra le variabili è stato eseguito utilizzando il Pearson Product Moment (r). Tutte le analisi con un $p \leq 0.05$ sono state considerate statisticamente significative. Infine è stata calcolata la media e la deviazione standard per valutare le differenze nel campione.

Il campione risulta costituito da 15 donne di 32,5 ($\pm 2,04$) anni e 46 uomini di 33,76 ($\pm 0,78$) anni con range 17-62 anni; 42 pazienti sono celibi/nubili (68,85%), 16 (26,23%) sono coniugati e 3 (4,92%) divorziati; 25 soggetti possiedono un diploma di scuola media inferiore (40,98%), 30 soggetti un diploma di scuola media superiore (49,18%), 6 soggetti la laurea (9,84%). Dal punto di vista lavorativo abbiamo riscontrato: 28 disoccupati (45,90%), 14 impiegati (22,95%), 9 commercianti (14,75%), 1 professionista (1,63%), 8 operai (13,11%), 1 pensionato (1,63%).

L'età media d'inizio del consumo di droghe dell'intero gruppo è di 23,19 ($\pm 7,42$) anni: le donne riportano un inizio a 23,18 ($\pm 9,76$) anni e gli uomini a 22,21 ($\pm 7,84$) anni e in media il campione è risultato in astensione da 18,53 mesi ($\pm 38,47$). Il campione abusa delle seguenti sostanze: 33 soggetti (54,09%) eroina, 28 soggetti (45,90%) alcol. Infine l'età media di inizio degli abusatori è risultata, per il totale dei soggetti, 23,19 ($\pm 7,45$) anni, per le donne 23,18 ($\pm 9,76$) anno e per gli uomini 22,21 ($\pm 7,84$) anni. Sono stati somministrati i seguenti test:

1. La Barrat Impulsiveness Scale (BIS-11) per la misura dell'impulsività. La BIS-11 è un questionario di autovalutazione di 30 items, con risposte del tipo "raramente/ mai", "occasionalmente", "spesso" e "quasi sempre/sempre". Il punteggio totale varia da 30 a 120 ed offre una stima quantitativa dell'impulsività che deriva dalla somma di tre fattori: l'impulsività cognitiva (punteggio minimo: 8; massimo: 32), l'impulsività motoria (punteggio minimo: 11; massimo: 44) e l'impulsività non pianificativa (punteggio minimo: 11; massimo: 44).
2. La Toronto Alexithymia Scale - TAS la cui versione attuale rappresenta uno strumento elettivo per la valutazione dell'alestitimia (21). La TAS-20 è questionario di autovalutazione (20 item) basato su una scala Likert a 5 punti che permette di misurare 3 dimensioni del costruito (19):
 - Fattore 1: difficoltà a identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni;
 - Fattore 2: difficoltà ad esprimere i propri sentimenti;
 - Fattore 3: pensiero orientato esternamente.

Un punteggio complessivo ≥ 61 indica alessitimia positiva, tra 50-60 alessitimia indeterminata e ≤ 51 alessitimia negativa.

Risultati

Dall'analisi dei dati sperimentali emerge che il 41 % di alcolisti e tossicodipendenti presi in considerazione, in base al punteggio soglia della TAS-20, risulta alessitimico. Per quanto riguarda le differenze fra alcolisti e tossicodipendenti nei punteggi dell'alessitimia e dell'impulsività, esse non sono risultate significative (*Tabella I*). Gli alcolisti hanno presentato nella TAS-20 un punteggio totale medio di 56,34 ($\pm 12,95$) e i tossicodipendenti di 57,66 ($\pm 8,99$). Nella BIS-11 il punteggio totale medio degli alcolisti è risultato pari a 71,5 ($\pm 10,18$) e dei tossicodipendenti pari a 70,33 ($\pm 9,50$).

Tabella I – Differenze tra alcolisti e tossicodipendenti nella media dei punteggi delle sottoscale della TAS-20 e BIS-11. IMP ATT= impulsività cognitiva; IMP MOT= impulsività motoria; IMP PROG= impulsività non pianificativa.

	Media Eroinomani	Media Alcolisti	gdl	P<0.01
TAS1	17,03 \pm 6,73	15,82 \pm 5,79	59	0,45
TAS2	14,24 \pm 3,87	14,89 \pm 4,05	59	0,52
TAS3	26,69 \pm 3,65	25,64 \pm 4,88	59	0,33
TAS TOT	57,66 \pm 8,99	56,35 \pm 12,95	59	0,64
IMP ATT	18,21 \pm 3,81	18,03 \pm 3,28	59	0,84
IMP MOT	20,93 \pm 5,37	20,57 \pm 5,87	59	0,79
IMP PROG	31,21 \pm 4,91	32,96 \pm 4,99	59	0,17
IMP TOT	70,33 \pm 9,5	71,5 \pm 10,18	59	0,64

In *Tabella II* abbiamo analizzato le differenze legate al genere. Le donne, rispetto agli uomini, sono risultate mediamente più alessitimiche e impulsive, sebbene la differenza non hanno raggiunto la soglia per la significatività statistica per tutte le sottoscale dei test considerati. Le donne hanno presentato un punteggio totale medio nella Toronto Alessitimia Scale pari a 59 ($\pm 9,47$) e gli uomini pari a 56,43 ($\pm 11,36$); la Barratt Impulsiveness Scale ha evidenziato un punteggio totale medio nelle donne pari a 72,06 ($\pm 11,04$) e negli uomini

Tabella II – Differenze legate al genere nella media dei punteggi delle sottoscale della TAS-20 e BIS-11. IMP ATT= impulsività cognitiva; IMP MOT= impulsività motoria; IMP PROG= impulsività non pianificativa.

	Media Maschi	Media Femmine	gdl	P<0.01
TAS1	15,67 \pm 6,27	18,93 \pm 6,27	59	0,08
TAS2	14,08 \pm 4,05	15,93 \pm 3,36	59	0,11
TAS3	26,89 \pm 4,03	24,13 \pm 4,37	59	0,02
TAS TOT	56,43 \pm 11,36	59 \pm 9,47	59	0,43
IMP ATT	17,93 \pm 3,59	18,73 \pm 3,45	59	0,45
IMP MOT	19,95 \pm 4,93	23,26 \pm 6,76	59	0,04
IMP PROG	32,65 \pm 4,67	30,06 \pm 5,58	59	0,08
IMP TOT	70,47 \pm 9,4	72,06 \pm 11,04	59	0,58

pari a 70,47 ($\pm 9,40$). In particolare, i punteggi ottenuti dalle donne sono maggiori in quasi tutte le sottoscale. Le sottoscale che fanno eccezione sono: per quanto riguarda la TAS-20, il fattore "pensiero orientato esternamente" con un punteggio medio delle donne pari a 24,13 ($\pm 4,37$) e degli uomini pari a 26,89 ($\pm 4,03$); per quanto riguarda la BIS-11, "l'impulsività non pianificativa" con un punteggio medio delle donne pari a 30,06 ($\pm 5,58$) e degli uomini pari a 32,65 ($\pm 4,67$). Infine troviamo che la sottoscala della TAS-20, che misura la difficoltà a identificare i propri sentimenti e a distinguerli dalle sensazioni fisiche legate alle emozioni, risulta significativamente più elevata ($p \leq 0,01$) e la sottoscala della BIS-11, che riguarda l'impulsività non pianificativa, risulta significativamente minore ($p \leq 0,01$) nel campione totale considerato.

Per quanto concerne la relazione tra i due costrutti, analizzando i dati relativi all'intero campione (*Tabella III*), è risultata una correlazione assente o non significativa tra i risultati medi totali della TAS-20 e della BIS-11. Sono presenti tuttavia correlazioni tra le scale come descritto in *Tabella III*.

In *Tabella IV* abbiamo preso in considerazione la correlazione interna al campione di abusatori di eroina. I risultati hanno riscontrato in primo luogo una correlazione significativa positiva (0,45) tra il punteggio totale della TAS-20 e BIS-11. In particolare il punteggio totale della TAS-20 correla positivamente con le sottoscale impulsività cognitiva (0,37), impulsività motoria (0,52) della BIS-11, ma non con la sottoscala di impulsività non pianificativa (0,01). Il punteggio totale della BIS-11, correla positivamente e significativamente (0,59) solo con il Fattore 1 della TAS-20: difficoltà a identifica-

Tabella III – Correlazione tra Sottoscale di impulsività e alessitimia nel campione totale $p < 0,05$ $N=61$. IMP ATT= impulsività cognitiva; IMP MOT= impulsività motoria; IMP PROG= impulsività non pianificativa.

	TAS 1	TAS 2	TAS 3	TAS TOT	IMP ATT	IMP MOT	IMP PROG	IMP TOT
TAS1	1	0,56	0,19	0,83	0,27	0,5	0,02	0,39
TAS2	0,56	1	0,3	0,79	0,14	0,3	-0,04	0,2
TAS3	0,19	0,3	1	0,6	-0,2	-0,14	-0,15	-0,23
TAS TOT	0,83	0,79	0,6	1	0,11	0,34	-0,07	0,2
IMP ATT	0,27	0,14	-0,2	0,11	1	0,33	0,14	0,62
IMP MOT	0,5	0,3	-0,14	0,34	0,33	1	0,15	0,77
IMP PROG	0,02	-0,04	-0,15	-0,07	0,14	0,15	1	0,65
IMP TOT	0,39	0,2	-0,23	0,2	0,62	0,77	0,65	1

Tabella IV – Correlazione tra Sottoscale di impulsività e alestitimia nel campione di soggetti tossicodipendenti $p < 0.05$ $N = 33$. IMP ATT= impulsività cognitiva; IMP MOT= impulsività motoria; IMP PROG= impulsività non pianificativa

	TAS 1	TAS 2	TAS 3	TAS TOT	IMP ATT	IMP MOT	IMP PROG	IMP TOT
TAS1	1,00	0,53	- 0,26	0,82	0,44	0,65	0,08	0,59
TAS2	0,53	1,00	- 0,08	0,77	0,26	0,32	- 0,04	0,26
TAS3	- 0,26	- 0,08	1,00	0,16	- 0,10	- 0,26	- 0,02	- 0,19
TAS TOT	0,82	0,77	0,16	1,00	0,37	0,52	0,01	0,45
IMP ATT	0,44	0,26	- 0,10	0,37	1,00	0,47	0,05	0,69
IMP MOT	0,65	0,32	- 0,26	0,52	0,47	1,00	0,03	0,77
IMP PROG	0,08	- 0,04	- 0,02	0,01	0,05	0,03	1,00	0,56
IMP TOT	0,59	0,26	- 0,19	0,45	0,69	0,77	0,56	1,00

re i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni. Non risulta, invece, significativa la correlazione tra il punteggio totale della BIS-11 e gli altri 2 fattori della TAS-20: “difficoltà ad esprimere i propri sentimenti” e “pensiero orientato esternamente”. Analizzando la correlazione tra le sottoscale è possibile evidenziare una correlazione positiva significativa tra il fattore 1 della TAS (difficoltà a identificare i propri sentimenti ed a distinguerli dalle sensazioni fisiche delle emozioni) e rispettivamente l'impulsività cognitiva (0,44) e l'impulsività motoria (0,65).

Infine abbiamo preso in considerazione (Tabella V) la relazione, nel campione di abusatori di alcol, tra alestitimia e impulsività riscontrando una correlazione non statisticamente significativa tra i valori totali della TAS-20 e la BIS11 e tra le sottoscale dei 2 test. Sono presenti tuttavia correlazioni tra le scale come descritto nella tabella considerata (Tabella V).

Discussione e Conclusioni

Dall'analisi dei dati emergono due risultati degni di nota. Il primo riguarda la percentuale di soggetti alestitimici nella popolazione di soggetti alcolisti e tossicodipendenti; il secondo la correlazione tra impulsività ed alestitimia nel campione totale e nei due sottogruppi (alcolisti e tossicodipendenti).

Per quanto concerne il primo aspetto, la presenza di una percentuale di soggetti alestitimici nel campione di soggetti alcolisti e tossicodipendenti pari al 41% conferma quanto evidenziato precedentemente dagli studi di Taylor e collaboratori (20) e dagli studi successivi (6); (13). In particolare il gruppo

di Toronto aveva evidenziato una percentuale di soggetti alestitimici, valutata tramite TAS-20, in un gruppo di tossicodipendenti pari al 50%. Tali soggetti presentavano, inoltre, un profilo MMPI caratterizzato dall'elevazione della scala dell'introversione sociale, della depressione e dell'ipocondria. Tale studio mostra, in accordo con la teoria che vede l'alestitimia come un'incapacità di regolare i vissuti emotivi negativi, che i soggetti alestitimici sono molto più ansiosi e depressi dei non alestitimici. Secondo le ricerche di Taylor e collaboratori l'uso di sostanze potrebbe essere visto come un tentativo di regolare un'affettività eccessivamente dolorosa. Un limite della ricerca, riguarda l'impossibilità di valutare se l'alestitimia sia

un antecedente dell'abuso di sostanze oppure una conseguenza dovuta alla recente astinenza.

Un ulteriore studio evidenzia la presenza di una correlazione positiva significativa tra i punteggi ottenuti ai test DES e TAS-20, che misurano rispettivamente la dissociazione e l'alestitimia, in un campione di soggetti tossicodipendenti ed ex tossicodipendenti (6). La ricerca mostra la presenza di una relazione tra dissociazione ed alestitimia nei tossicodipendenti, nonché una differenza significativa nei punteggi ottenuti alla TAS-20 e alla DES (alestitimia, dissociazione) tra tossicodipendenti, ex tossicodipendenti e gruppo di controllo. Considerando la dissociazione come una difesa “anti-riflessiva mediata da un attaccamento disorganizzato” (11), gli autori considerano i dati come una conferma dell'ipotesi che vede la dipendenza patologica come un disturbo strettamente correlato a una significativa incapacità di regolare le tensioni emotive. Queste ultime sarebbero invece gestite mediante il rifugiarsi in una condizione dissociativa data dall'uso di un oggetto-droga (6).

Tabella V – Correlazione tra Sottoscale di impulsività e alestitimia nel campione di soggetti alcolisti $p < 0.05$ $N = 28$. IMP ATT= impulsività cognitiva; IMP MOT= impulsività motoria; IMP PROG= impulsività non pianificativa.

	TAS 1	TAS 2	TAS 3	TAS TOT	IMP ATT	IMP MOT	IMP PROG	IMP TOT
TAS1	1	0,66	0,65	0,89	-0,001	0,32	-0,01	0,18
TAS2	0,66	1	0,65	0,85	0,003	0,31	-0,08	0,13
TAS3	0,65	0,65	1	0,87	-0,32	-0,06	-0,23	-0,25
TAS TOT	0,89	0,85	0,87	1	-0,12	0,21	-0,12	0,02
IMP ATT	-0,001	0,003	-0,32	-0,12	1	0,17	0,28	0,56
IMP MOT	0,32	0,31	-0,06	0,21	0,17	1	0,29	0,78
IMP PROG	-0,01	-0,08	-0,23	-0,12	0,28	0,29	1	0,75
IMP TOT	0,18	0,13	-0,25	0,02	0,56	0,78	0,75	1

Un ulteriore studio (13) tenta di avvalorare l'ipotesi che vede l'abuso di sostanze come un fenomeno legato ad un deficit emozionale delineato dall'incapacità di identificare ed esprimere le emozioni ed un'eccessiva vulnerabilità agli affetti legati alle esperienze negative. In particolare gli autori hanno effettuato un'analisi delle variabili latenti coesistenti nei deficit emozionali degli abusatori di sostanze considerando tre aspetti del fenomeno: Alessitimia, ostilità e disturbo post traumatico da stress. I risultati della ricerca supporterebbero l'ipotesi secondo cui l'alessitimia e l'ostilità costituirebbero una dimensione presente negli abusatori di sostanze e quella che vede tale fattore come un elemento comune ad una serie di manifestazioni psicopatologiche incluse le risposte patologiche allo stress traumatico (13).

I dati emersi dal nostro studio avvalorano quanto risultato dalle ricerche precedenti. La presenza di una percentuale di Alessitimici all'interno del campione pari al 41% e l'assenza di una differenza significativa nei punteggi medi ottenuti nella TAS-20 tra tossicodipendenti e alcolisti, sembrerebbe confermare l'ipotesi che vede la dipendenza patologica e l'abuso di alcol come condizioni dettate dall'incapacità di riconoscere vissuti emotivi i quali, nell'impossibilità di essere regolati, verrebbero "attutiti" mediante l'uso di sostanze. Un'ipotesi alternativa considera l'uso di alcol e sostanze come tentativi di "sentire le emozioni" e quindi la propria corporeità ed il senso di sé, tramite esperienze eccitanti tali da generare stati di alterazione corporea idonei a ripristinare un istantaneo senso del proprio esistere. Considerando l'alessitimia come un fenomeno strettamente connesso con la funzione riflessiva, o con capacità di comprendere l'altro pensando ai suoi stati emotivi, si può infine considerare l'uso di alcol o sostanze come una strategia per migliorare la propria integrazione sociale la cui scarsità (16) sarebbe indotta dall'incapacità di capire l'altro (quoziente di empatia) e il sé rispetto ad esso (alessitimia).

Per quanto concerne la relazione tra Alessitimia e impulsività, i risultati mostrano una correlazione assente nel campione totale ed una correlazione significativa esclusivamente nel campione di soggetti tossicodipendenti.

La relazione tra le due dimensioni permette di concludere che l'alessitimia possa essere associata all'impulsività o che il primo fattore possa predisporre, in determinati contesti, all'emergere del secondo. I soggetti Alessitimici, infatti, sono incapaci di riconoscere i motivi che li spingono ad esprimere determinate emozioni, hanno difficoltà a concepire la mente dell'altro e mancano di empatia: vista l'alterazione del processo che li porterebbe a riflettere sul sé e sull'altro, sarebbero portati a passare all'atto senza la possibilità di sintetizzare le proprie esperienze emozionali in rappresentazioni mentali e senza potersi calare in una reale relazione di scambio.

La presenza di un'associazione tra Alessitimia ed impulsività esclusivamente nei soggetti con Disturbo da Uso di Eroina, ci porta ad ipotizzare una possibile differenziazione tra questi e gli alcolisti in termini di specifiche peculiarità neurobiologiche. Un'altra ipotesi potrebbe essere dettata dalla differente influenza esercitata dall'uso cronico delle sostanze che condurrebbe ad un'eventuale modificazione dei due tratti influenzandone la possibile relazione.

In conclusione, il riscontro di una correlazione positiva tra Alessitimia e impulsività in soggetti affetti da un Disturbo da Uso di sostanze, pone un quesito interessante ed apre le porte a una possibile indagine futura sui due fenomeni e sulle loro possibili convergenze.

Bibliografia

1. Bion W: *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1962.
2. Bion W: *Gli elementi della psicoanalisi*. Armando Editore, Roma, 1963.
3. Bowlby J: *Attaccamento e perdita*. Vol I. Boringhieri. Torino, 1969.
4. Bowlby J: *Una Base sicura*. Cortina, Milano, 1988.
5. Bucci W: *Psicanalisi e Scienza cognitiva*. Fioriti, Roma, 1997.
6. Caretti V, La Barbera D, Craparo G, Mangiapane E: *Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano, 2005.
7. Caretti V, La Barbera D: *Alessitimia valutazione e trattamento*. Astrolabio, Roma, 2005.
8. Damasio A.R: *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano, 1999.
9. Damasio RA: *Alla ricerca di Spinoza*. Adelphi, Milano, 2003.
10. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M: *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Cortina, Milano, 2005.
11. Fonagy P, Target M: *Attaccamento e funzione riflessiva. Il loro ruolo nell'organizzazione del sé*. Raffaello Cortina, Milano, 2001.
12. Fonagy P, Target M: *Attaccamento e funzione riflessiva. Il loro ruolo nell'organizzazione del Sé*. Cortina, Milano, 1997.
13. Handelsman L, Stein JA, Bernstein DP, Oppenheim SE, Rosenblum A, Magura S: A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: alexithymia, hostility, and PTSD. *Addictive behaviors*. 2000; 25 (3) 423-8.
14. Kohut H: *Narcisismo e analisi del sé*. Bollati Boringhieri, 1971.
15. LeDoux JE: *Il cervello Emotivo. Alle origini delle emozioni*. Baldini e Castaldi, Milano, 1996.
16. Martinotti G, Di Nicola M, Tedeschi D, Geri S, Carnevali R, Janiri J: Empatia e Alcolismo: studio controllato sull'applicazione dell'Empathy Quotient. *Dipendenze Patologiche*. 2006; 1, (3): 53-58.
17. Sifneos PE, Apfel-Savitz R, Frankel FH: The phenomenon of "Alexithymia". Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1977; 28: 47-57.
18. Taylor G, Bagby R et al: New trends in Alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004, 73: 68-77.
19. Taylor G, Doody K: Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1985, 43: 221-232.
20. Taylor G, Parker, Bagby R et al: A preliminary investigation of Alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1990, 147: 1228-1236
21. Taylor G, Parker, Bagby R et al: *I disturbi della regolazione affettiva*. Fioriti, Roma 1997.
22. Todarello O, Porcelli P: *Medicina Psicomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Franco Angeli, Milano 2002 pp. 97-149.