

## La qualità alessitimica nelle dipendenze patologiche

E. Acquarini, A. Di Ceglie, V. Chimienti

Università degli Studi di Urbino Carlo Bo

### Riassunto

**Obiettivo:** In questa ricerca proponiamo l'osservazione del legame tra alessitimia ed acting out nel contesto della dipendenza che diventa l'agito al quale l'individuo può ricorrere per evacuare gli stati dolorosi interni, attraverso rapporto compulsivo con la sostanza. Per poter tollerare affetti altrimenti irraggiungibili ed ingestibili il soggetto può infatti cercare sostegno nel paradosso tossicomano, dove la gestione emotiva avviene nella dolorosa non-elaborazione con strategie inefficaci.

**Pazienti e metodo:** La ricerca è stata condotta su due gruppi: clinico (114 soggetti), che include pazienti tossicomani (mono e polidipendenti) e giocatori d'azzardo patologici, e non-clinico (109 soggetti) composto da studenti universitari. Il campione clinico è stato reclutato presso strutture sanitarie pubbliche (Ser.T., CSM) e private di Friuli, Marche e Puglia. A ciascun partecipante è stato somministrato un protocollo che comprendeva alcuni strumenti *self-report* per la misurazione di specifici tratti di personalità. In questo lavoro ci soffermeremo solamente sui risultati ottenuti alla Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) confrontandoli con i dati socio-anamnestici di ciascun campione.

**Risultati:** La difficoltà a contenere le emozioni e riflettere su di esse per trovare una risposta adeguata, può condurre a "fare qualcos'altro" di più rapido ed economico: la scelta d'oggetto tossicomano è data dalla combinazione del tratto alessitimico con la tendenza all'*acting out* tipica dell'impulsività. L'inefficace autoregolazione prevalentemente delegata alle polisostanze può essere interpretata come una soluzione di compromesso tra il desiderio di anestizzare il dolore derivante dall'emozione ancora indifferenziata e *senza senso* e la necessità di rispondere alle richieste di funzionamento ambientale.

**Conclusioni:** La dipendenza patologica può essere letta come sintomo del fallimento nella capacità di simbolizzazione: la compulsività dell'utilizzo dell'oggetto-sostanza permette al paziente di isolarsi nella dissociazione, scotomizzando la componente psicologica dell'affetto e rifugiandosi nello stile alessitimico. Questo nucleo emotivo sta alla base delle condotte impulsive e nell'*acting d'abuso*: nel caso specifico delle dipendenze patologiche, si può parlare di *iposimbolizzazione* come difetto, blocco o sviluppo primitivo del processo di simbolizzazione.

**Parole chiave:** epilessia, emotività espressa, compliance farmacologica

### Abstract

#### Alexithymic properties of addiction

**Aim of the paper:** In this research we observe the link between alexithymia and acting-out in addicted behaviors that use addiction conduct as a way to evacuate internal painful with compulsive relation with substance. Patients can find support in toxicomanic paradox to bear all unsymbolizable and unmanageable affects with ineffective strategies.

**Sample and Method:** This study has been carried on two groups: clinical sample (114 patients), including toxicomanic subjects (mono/polyusers) and GAP, and non-clinical sample (109 subjects) made of university students. The two clinical subsamples consist of patients coming from public (Ser.T., CSM) and private health units localized in Friuli, Marche and Puglia. Participants have completed a self-report questionnaire that included more self-report tests to study specific personality traits: here, however, we examine data relationship resulting from Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in comparison with socio-anamnestic report into all samples.

**Results:** Subjects can be led to a more quickly acting by difficulties in containing and reflecting feelings and, moreover, they can choose addictive means as effect of the interaction between alexithymia and acting-out part of impulsiveness. The ineffective strategy seems to set by a compromise between wishes of pain muffling and social duties.

**Conclusions:** Addiction can represent a failure in symbolization attitude. The compulsive part of pathological behaviour uses addictive mean to conduct the subject to dissociation and so leading itself to seek refuge in alexithymic style. Emotional and symbolization failure is the pathognomonic core of impulsive and abusing behaviors.

**Key words:** alexithymia, addiction, acting-out, emotional dysregulation

Per *dipendenza patologica* si intende una sindrome caratterizzata dalla ricerca ricorrente e reiterata del piacere, derivante da uno specifico comportamento maladattivo di dipendenza associata all'abuso di una o più sostanze ed alimentata dal *craving*, il desiderio irresistibile di colmare l'astinenza che attiva la compulsività dei comportamenti tossicomanici nel vacuo tentativo di *autoregolazione*. Quest'ultima rappresenta infatti il principio biologico fondamentale che spiega l'omeostasi, la quale si mantiene regolando la condizione interna dell'organismo (1,2,3), che può essere stabilizzata anche attraverso l'interazione con l'ambiente (ad es. con la regolazione interpersonale) non sempre efficace. La *disregolazione* viene spesso e provvisoriamente puntellata dal ricorso all'uso di sostanze più o meno lecite, quale illusorio ed appagante uroboro in grado di celare l'innesco di una subdola corrosione emotiva: il corto circuito della dipendenza.

Nel tossicodipendente troviamo un'intensa appetenza psichica come tentativo di automedicare l'incapacità di tollerare gli affetti, la quale può derivare da una difficoltà o da un arresto dello sviluppo della competenza emotiva, in particolare nei suoi aspetti sociali, quali matrici della successiva acquisizione della competenza sociale (4). Gli affetti, in senso psicoanalitico, sono costituiti da una componente biologica (emozione) e da una psicologica (sentimento) più complessa, in quanto, attraverso l'elaborazione cognitiva, permette di comunicare intenzionalmente le proprie emozioni e di valutare la risposta emotiva a stimoli esterni. Il costruito Alessitimico, lo ricordiamo, è caratterizzato dalla difficoltà di identificare, descrivere e comunicare le emozioni, di distinguere i vissuti emotivi dall'attivazione fisiologica delle emozioni, da povertà dei processi immaginativi, da conformismo e da stile cognitivo orientato verso il fattuale e la realtà esterna (5). L'alessitimia perciò non indica soggetti privi di emozioni, ma caratterizzati da un deficit della sola componente psicologica dell'affetto: le emozioni sono espresse nelle componenti biologiche, senza la possibilità di ricorrere agli strumenti psicologici per rappresentarle (6).

Particolarmente interessante appare l'ipotesi di Johnson (7) che, analogamente a quanto proposto da Cloninger (8), differenzia pattern di maggiore densità di aspetti comportamentali anti-sociali nel campo dell'alcolismo (9), operando una distinzione tra *early onset alcoholic* (EOA) e *late onset alcoholic* (LOA). Il *tipo I* di Cloninger (8) si contraddistingue per un esordio tardivo (>25 anni) e maggiori caratteristiche di perdita di controllo associata ad assetti personologici di tipo passivo-dipendente o ansioso, con rari comportamenti antisociali: la "sostanza" in questi casi viene cercata per la sua capacità di contrastare l'ansia. Il *tipo II* riporta tra le sue caratteristiche tratti associati a personalità antisociale, minore perdita di controllo e minore presenza di paura e/o senso di colpa associate all'assunzione della sostanza: alta *novelty seeking*, bassa *harm avoidance* e bassa *reward dependence*. In questa seconda tipologia, la scelta di una sostanza con effetti euforizzanti aumenta la possibilità di sviluppare una dipendenza e il suo caratteristico esordio precoce (< 25 anni) diventa particolarmente importante per le conseguenze sullo sviluppo successivo.

La difficoltà a contenere le emozioni e riflettere su di esse per trovare una risposta adeguata, può condurre a "fare qualcos'altro" di più rapido ed economico che facilmente trova espressione in *acting out* (10). La prospettiva che pro-

poniamo è il legame tra Alessitimia ed acting out nel contesto della dipendenza, quale unica modalità difensiva in grado di "regolare" l'intensità devastante di affetti non altrimenti tollerabili (11): la dipendenza diventa quindi l'agito al quale l'individuo può ricorrere per evacuare gli stati dolorosi interni (12,13), attraverso rapporto compulsivo con la sostanza (14). Risultano essere maggiormente "attivi" quei soggetti che hanno vissuto conflitti nell'età preverbale o che, successivamente, hanno ricevuto rinforzi positivi nell'espressione motoria a discapito di quella verbale (15). In termini bioniani, le esperienze sensoriali ed emotive che non sono metabolizzate dalla funzione alfa (*elementi beta*: dati sensoriali puri che provengono da *emozioni indescrivibili*, ancora senza senso) vengono più facilmente scaricate a livello motorio o somatico (16): l'acting tossicomanico lascia parlare il corpo (17) e tenta, riuscendovi, di anestetizzare il dolore psichico (18,19).

Un deficit nel riconoscimento e nella regolazione degli affetti è interpretato da Grotstein (20) come espressione di un difetto più o meno importante della strutturazione dell'Es che, nella gemmazione dello sviluppo delle istanze psichiche, si protende nell'Io nella forma di una difficoltà a reggere frustrazioni, delusioni e perdite oggettuali (20,21). Al fine di poter tollerare affetti altrimenti irrepresentabili e ingestibili il soggetto può cercare sostegno nel paradosso tossicomanico, dove la gestione emotiva avviene nella dolorosa non-elaborazione attraverso strategie inefficaci e provvisorie. L'intervento con questi pazienti deve essere orientato a rendere pensabili gli agiti attraverso un processo di mentalizzazione del motore emotivo, incluso il sentimento di vuoto (22,23,24).

## La ricerca

Lo studio è stato effettuato su un campione clinico, composto da 55 pazienti tossicomanici mono e polidipendenti (età media 35,1), da 59 giocatori d'azzardo patologici (età media 47,23) e da un campione di controllo non clinico di 109 soggetti (età media 32,18). Il campione clinico è stato reclutato presso strutture sanitarie pubbliche (Ser.T., CSM) e private di Friuli, Marche e Puglia. A ciascun partecipante è stato somministrato un protocollo che comprendeva alcuni strumenti *self-report* per la misurazione di specifici tratti di personalità. Per questa parte della ricerca, ci soffermeremo, tuttavia, soltanto sulla valutazione del funzionamento della Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) rispetto ai dati socio-anamnestici raccolti in ciascun campione.

La TAS-20 è un questionario autosomministrato composto da 20 item e finalizzato alla misurazione dell'alessitimia (25,26,6,27,28) su tre dimensioni: difficoltà nell'identificare e distinguere sentimenti e sensazioni corporee, difficoltà nel comunicare i sentimenti, pensiero orientato all'esterno. I punteggi sono espressi su scala Likert a 5 punti, da 'non sono affatto d'accordo' a 'sono totalmente d'accordo'. Il questionario era preceduto da un foglio di raccolta dati socio-anamnestici.

## Descrizione dei campioni

Il campione totale è costituito da due gruppi: un gruppo clinico composto da 114 soggetti - e distinto in due sottogruppi: tossicomanici e giocatori d'azzardo patologici

(GAP) - e un gruppo di controllo non clinico (studenti universitari) composto da 109 soggetti.

Il *campione tossicomano* è costituito da 55 soggetti con età media di 35,1 (compresa tra i 17 e 61 anni), riporta una età media di inizio del tabagismo di 14.47 ed età media dell'esordio di uso di sostanze pari a 18.28. Il livello di istruzione è medio (licenza media 40%; diploma 40%; laurea 10.9%). L' 85.4% di questi soggetti si concede non più di due caffè al giorno, il 16.4% (N=9) utilizza una sola sostanza tossicomana, mentre il resto del campione è assuntore multiplo (fino a 7 sostanze diverse).

Il *campione GAP* è costituito da 59 soggetti con età media di 47,23 (compresa tra i 25 e 73 anni), età media di inizio del tabagismo di 16.79 ed età media dell'esordio di uso di sostanze pari a 18.89, uso dichiarato solo dal 42.4% dei giocatori. Il livello di istruzione è medio (licenza media 33.9%; diploma 52.5%; laurea 6.9%). Il 79.6% dei soggetti si concede non più di due caffè al giorno; il 42.4% ha dichiarato di non fumare, mentre il 44% fuma fino a 40 sigarette al giorno e solo 25 soggetti hanno rivelato l'uso di sostanze: alcol nel 92% dei casi e, nella quasi totalità (94.1%), ad esordio precoce (tipo II di Cloninger, 8).

Il *campione normale* è costituito da 109 soggetti con età media di 32,18 anni, reclutati su base volontaria tra studenti di corsi di laurea universitari. In questo campione sono state prese in considerazione anche altre variabili per poterne apprezzare il potere predittivo: voto di maturità (M=78.11), numero degli esami sostenuti (mediamente 17.06) e voto medio ottenuto agli stessi (26.42). L'età media di inizio del tabagismo è 16 anni (45.76%) mentre quella d'esordio nell'uso di sostanze (alcol nel 71.2% dei casi) è pari a 17.13 anni e riguarda il 49.59% dei soggetti. Il 42.4% del campione ha dichiarato di non fumare, mentre il 44% fuma fino a 30 sigarette al giorno; nei momenti di maggiore emersione emotiva si rifugia nell'alcol (34.1%; *binge drinkers* 7.4%), nel cibo (57.1%; *binge eaters* 18.6%) o si consola mangiando cioccolata (74.6%; *binge assumption* nel 20.4%).

## Risultati

Ciascun sottocampione ha riportato punteggi caratterizzanti le cui relazioni con le variabili socio-anamnestiche hanno permesso di individuare alcuni fattori predittivi di una significativa compromissione della capacità di autoregolazione affettiva.

I punteggi medi della TAS ottenuti dall'intero campione clinico (I°:16.83-II°:14.46-III°:19.12 – tot:50.39) sono più elevati di quelli registrati dal campione non clinico, in particolare nel terzo fattore (*pensiero orientato verso l'esterno*) e descrivono una minore difficoltà rispetto ai soggetti clinici nel conferire importanza alle relazioni (I°:16.71-II°:12.54-III°:15.89 – tot:45.15). Ciascun sottocampione clinico ha registrato un incremento rispetto al campione non clinico, in particolare nell'ultima dimensione TAS: tossicodipendenti (I°:16.76-II°:13.94-III°:17.47 – tot:48.18) e GAP (I°:16.89-II°:14.94-III°:20.66 – tot:52.50). Tra i tossicomani abbiamo descritto i "poli-sostanze" (I°:17.90-II°:14-III°:17.65 – tot:48.74), prevalentemente caratterizzati da un mix di 3 sostanze a base di hascish/cocaina (I°:19.25-II°:13.25-III°:20.37 – tot:52.87) oppure da un complesso di 5 sostanze diverse

(I°:16.66-II°:12.50-III°:15.66 – tot:44.83) da coloro che fanno uso di un'unica sostanza (I°:13.88-II°:13.22-III°:16.11 – tot:43.22), prevalentemente hascish (I°:13-II°:14-III°:16 – tot:43) e alcol (I°:15.6-II°:15.3-III°:18 – tot:49); i punteggi più alti sono stati riscontrati tra i polisostanze (fino a 3), in particolare alla prima dimensione (difficoltà ad identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) e alla terza (pensiero orientato all'esterno). Un'analogha relazione è stata rilevata tra i soggetti tossicomani che hanno terminato gli studi fermandosi al diploma di scuola media inferiore (I°fattore:18.72vs15.90 [nei soggetti che hanno conseguito il diploma di maturità] –II°:14.50vs14.13– III°:19.31vs16.59–tot:52.54vs46.63) mentre nei due sottocampioni per livello di istruzione del campione GAP la differenza è emersa in modo più attenuato (I° fattore:15.89vs14.77). Dai risultati appena descritti emerge che il livello di scolarizzazione è maggiormente predittivo della compromissione alessitimica soltanto nella tossicodipendenza, a conferma del legame tra tale condizione ed disturbo dello spettro degli impulsi, che può rivelarsi anche in una maggiore vulnerabilità al drop-out durante il trattamento (29). Inoltre, l'età dei soggetti è predittiva sia nella tossicomania monosostanza (coefficiente di Pearson:  $r=.595$  con il III° fattore della TAS) sia nei polisostanze ( $r=.757$  con I°TAS); nei tossicomani l'età d'esordio del tabagismo è predittiva ( $r=.517$  con TAS tot) a differenza dei polisostanza ( $r=-.354$  nel II° TAS); nel sottocampione clinico totale, l'età d'esordio dell'uso di sostanze è predittivo della vulnerabilità alessitimica ( $r=.583$ ): in particolare nella poliutenza la vulnerabilità emerge sia nell'età d'esordio ( $r=.587$ ;  $.787$  I°TAS) sia nel numero dei cambi di lavoro effettuati ( $r=.226$ ). Nei GAP lo stesso valore predittivo è assunto dall'età di esordio del tabagismo ( $r=.360$ ) ed età di utilizzo di sostanze ( $r=.652$ ), assumendo quest'ultima una maggiore predittività in questo sottocampione clinico; anche nel campione non clinico è l'età d'uso di sostanze a predire, seppur debolmente, alti punteggi nella dimensione alessitimica ( $r=.233$ ;  $.407$  III°TAS).

Una difficoltà nucleare nella capacità di distinguere tra emozione e sensazione corporea sembra comportare l'uso del corpo per la regolazione emotiva, mentre un deficit di pensiero orientato all'esterno richiederebbe il rinforzo e la gratificazione della componente psichica dell'affetto, attraverso l'uso socialmente accettato di sigarette, alcol e/o gioco. Potremmo quindi concludere che la scelta d'oggetto tossicomano è data dalla combinazione del tratto alessitimico con la tendenza all'*acting out* tipica dell'impulsività: la prevalenza di entrambi sembrerebbe far propendere per l'utilizzo di sostanze illecite in un non differibile tentativo autoterapeutico. La maldestra autoregolazione prevalentemente delegata alle polisostanze può essere interpretata come una soluzione di compromesso tra il desiderio di anestetizzare il dolore derivante dall'emozione ancora indifferenziata e *senza senso* - più pungente nell'*immobilità* se consideriamo l'impulsività come il tentativo di scaricare il dolore psichico attraverso *acting out* - e la necessità di rispondere alle richieste di funzionamento ambientale.

## Conclusioni

La dipendenza patologica può essere letta come sintomo del fallimento nella capacità di simbolizzazione: la

compulsività dell' utilizzo dell' oggetto-sostanza permette al soggetto di isolarsi nella dissociazione (30), scotomizzando la componente psicologica dell' affetto e rifugiandosi nello stile Alessitimico. Questo nucleo emotivo sta alla base delle condotte impulsive e nell' acting d' abuso: nel caso specifico delle dipendenze patologiche, si può parlare di *iposimbolizzazione* (31) come difetto, blocco o sviluppo primitivo del processo di simbolizzazione. Per questi casi di dipendenza patologica, Roth e Fonagy (32,24) propongono un trattamento che ha come fulcro il recupero della competenza emotiva per arrivare a configurare o ristrutturare il successivo sviluppo della competenza sociale.

Per quanto riguarda il legame tra età d' esordio e caratteristiche della dipendenza, i dati ottenuti sembrano rispettare sia l' ipotesi di Johnson et al. (7) sia quella di Cloninger (8), identificando i soggetti clinici EOA e descrivendone le peculiarità. Inoltre, i risultati dei poliutenti, rispetto a quelli che dichiarano di far uso di una sola sostanza, sono in linea con la letteratura scientifica (33) che evidenzia un effetto patogeno amplificato dalla comorbilità con disturbo di personalità. Le diagnosi più frequenti in campioni di abusatori di sostanze sono quelle di disturbo di personalità antisociale e borderline, mentre tra gli alcolisti si trovano anche comorbilità con i DP del cluster ansioso. Il denominatore comune è quindi rappresentato dal discontrollo degli impulsi: Alessitimia ed impulsività necessitano entrambi di un' accelerazione delle funzioni cognitive e di "acting" in risposta al "vuoto pneumatico" che, per difetto o per mancata strutturazione della rete oggettuale, viene mantenuto tale dall' emorragia simbolica (34) e non può essere diversamente elaborato (35).

I risultati della ricerca permettono di ipotizzare che l' ebollizione emotiva dei soggetti esaminati e la difficoltà di simbolizzazione possa essere colta dalla peculiarità del tratto Alessitimico, confermando, anche se in modo più attenuato per la parte clinica, i risultati di un recente studio svolto su pazienti dipendenti da sostanze (28). Nel campione Tossicodipendenti il 28.2% ha registrato punteggi superiori a 60 (Alessitimici), il 35.4% si è identificato nell' area borderline, il 52.7% non presenta disfunzionalità maladattive. L' età media degli Alessitimici "puri" è più bassa della media del campione (33.20), età d' esordio precoce (tra i 13 ed i 20 anni) inferiore alla media (16.60), tutti assuntori multipli (> 3 sostanze): l' incremento Alessitimico è distribuito omogeneamente (I°: 25.4 – II°: 20.4 – III°: 23.40). Nel campione GAP il 21.7% dei soggetti ha riportato punteggi superiori a 60, il 13% nell' area border, mentre il 56.5% non ha evidenziato particolari sacche Alessitimiche: probabilmente è un effetto del piano di trattamento nel quale sono stati inseriti in tempi differenti o in età più precoci. I "puri" hanno un' età al di sopra della media del campione (50.83), hanno indicato l' alcol come altra sostanza psicotropa utilizzata con esordio precoce (< 22 anni): la differenza Alessitimica sembra distribuita su tutte le dimensioni (I°: 25.33 – II°: 19.33 – III°: 25.83). Dei soggetti non clinici solo il 7.8% è risultato Alessitimico, il 22% subclinico ed il resto non ha evidenziato prevalenze disfunzionali: esordio precoce (23.60), voto di maturità superiore alla media (84) ed un voto medio agli esami pari a 27 (vs 26.42) e le condotte *binge* riguardano maggiormente l' uso di alcol e di cioccolata.

Per quanto riguarda la variabile socio-anamnestica *stato civile*: nel campione clinico i soggetti *coniugati* hanno ripor-

tato un incremento dei punteggi (I°: 17-II°: 15.96-III°: 21.83 – tot: 54.82) rispetto ai *single* (I°: 16-II°: 13.81-III°: 18.45 – tot: 48.36); una possibile spiegazione può essere rintracciata nella tendenza Alessitimica compensativa del partner, oppure nel caratteristico stile di attaccamento *insicuro* e *distanziante* del soggetto dipendente che appare determinante nell' elaborazione dei vissuti personali ed interpersonali (36) e che trova nella *preoccupazione per le relazioni* un contesto equilibratore della regolazione affettiva di coppia (attaccamento ansioso/ambivalente) o nel *disagio per l' intimità*, l' elemento centrale dell' attaccamento evitante (37).

Nei sottocampioni Alessitimici "puri" (clinici e non clinici) di questo lavoro si rileva che, a differenza dei tossicomani e dei GAP, che registrano incrementi abbastanza omogenei nei punteggi riportati alle tre dimensioni della TAS, i soggetti non clinici evidenziano la netta prevalenza della difficoltà nell' identificazione delle emozioni sulle altre dimensioni indagate. La trasversale inelaborabilità protoemotiva ci ricorda che lo sviluppo dell' *incompetenza emozionale* (sviluppo Alessitimico) trae origine dalla immaturità della competenza emotiva, dove la relazionalità pre-oggettuale è caratterizzata dallo scambio pre-verbale emozionale con una buona funzione regolatrice tra madre e bambino (38) ed assume le caratteristiche della competenza cristallizzate al momento dell' interruzione o dell' arresto evolutivo per intervento di un agente traumatogeno.

Inoltre, un incremento del vissuto depressivo, registrato soprattutto in età adolescenziale (39), è correlato alla sempre più precoce età di esordio dell' uso di alcol (10-11 anni) e ad una maggiore fragilità somatica: si svelano così somatizzazioni del disagio psichico derivato da transitori fallimenti nei controinvestimenti esterni soprattutto sugli oggetti "privilegiati ed incoerenti" di ciascun soggetto (40). La *congiunzione esplosiva* sopra descritta (41) dell' evento traumatico può essere disinnescata solo costituendo, in modo spontaneo o per induzione, delle "supplenze" che aiutino a realizzare controinvestimenti stabili ed utili per frenare e bloccare l' inevitabile disorganizzazione somatica (42) e dissociazione psichica (40,28,43,44) che trovano negli oggetti d' abuso magnifici, quanto effimeri, alleati.

## Bibliografia

1. Bernard C.: Leçon sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux vegetaux. Paris, Balliere, 1878.
2. Cannon W.B.: The wisdom of the body. NY, Norton, 1939.
3. Von Bertalanffy L.: General system theory. NY, Brazillier, 1968.
4. Denham S.A. (1998): Lo sviluppo emotivo nei bambini. Roma, Astrolabio, 2001.
5. Todarello O., Porcelli P.: Il costrutto di alexithymia. In: Todarello O., Porcelli P. (a cura di), Medicina Psicomatica. Milano, Franco Angeli, 2002.
6. Taylor G.J., Bagby R.M.: New trends in alexithymia research. Psychother. Psychosom., 73: 68-77, 2004.
7. Johnson B.A., Cloninger C.R.: Age of onset as a discriminator between alcoholic subtypes in a treatment seeking outpatient population. American Journal of Addictions, 9: 17-27, 2000.
8. Cloninger R.: Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism. Science, 236: 410-416, 1987.

9. Madeddu F.: La questione della valutazione nella gestione clinica del soggetto con abuso-dipendenza da sostanze. In: Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. (a cura di), *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*. Milano, Franco Angeli, 2003.
10. McDougall J. (1989): *Teatri del corpo: un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano, Raffaello Cortina, 1990.
11. Lingiardi V., Madeddu F.: *I meccanismi di difesa: teoria, valutazione, clinica*. Milano, Raffaello Cortina, 2002.
12. Abt L., Weissman S. (Eds.): *Acting out. Theoretical and clinical aspects*. NY, Grune & Stratton, 1965.
13. Freud A.: *Acting out*. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 165, 1968.
14. McWilliams N. (1994): *La diagnosi psicoanalitica*. Roma, Astrolabio, 1999.
15. Greenacre P.: *General problems of acting out*. *Psychoanalytic Quarterly*, 19: 455, 1950.
16. Bion W.R. (1965): *Trasformazioni. Il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma, Armando, 1973.
17. Bergeret J., Fain M., Bandelier M. (1983): *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*. Roma, Borla, 1999.
18. Rigliano P.: *Doppia Diagnosi*. Milano, Raffaello Cortina, 2004.
19. Di Ceglie A., Acquarini E., Mancini F et al.: *Il vissuto della vergogna in un campione di pazienti acneici*. *Medicina Psicosomatica*, 53 (1): 135-139, 2008.
20. Grotstein J.S.: *Schizophrenic personality disorders: "And if I should die before I wake"*. In: Feinsilver D.B. (Ed.), *Towards a comprehensive model for schizophrenic disorders*. London, NJ, Hillsdale, The Analytic Press, 1986.
21. Semi A.A. (1988): *Trattato di Psicoanalisi*, Vol.I. Milano, Raffaello Cortina, 1997.
22. Wurmser L.: *Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use*. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 22: 820-843, 1974.
23. Wurmser L.: *Drug use as a protective system. Theories on drug abuse: selected contemporary perspectives*. *NIDA Research Monograph*, 30, 1980.
24. Bateman A., Fonagy P. (2004): *Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Psicoterapia con il paziente borderline*. Milano, Raffaello Cortina, 2006.
25. Parker J.D.A., Bagby R.M., Taylor G.J. et al.: *Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale*. *European Journal of Personality*, 7: 221-232, 1993.
26. Bressi C., Taylor G.J., Parker J.D.A. et al. : *Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an italian multicenter study*. *Journal of Psychosomatic Research*, 41: 551-559, 1996.
27. Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997): *I disturbi della regolazione affettiva*. Roma, Fioriti, 2000.
28. Caretti V., La Barbera D., Craparo G. et al.: *La correlazione tra alessitimia e dissociazione nella dipendenza patologica. Nuove prospettive di ricerca sull'addiction*. In: Caretti V., La Barbera D. (a cura di), *Le dipendenze patologiche. Clinica e Psicopatologia*. Milano, Raffaello Cortina, 2005.
29. Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E. et al.: *Psychometric properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale - 11 (BIS - 11)*. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (6): 815-828, 2001.
30. Caretti V., Craparo G.: *La correlazione tra alessitimia e dissociazione in un gruppo di tossicodipendenti e di ex tossicodipendenti*. In: Caretti V., La Barbera G. (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*. Roma, Astrolabio, 2005.
31. Wurmser L.: *The hidden dimension. Psychodynamics of compulsive drug use*. NJ, London Jason Arososon Inc., Northvale, 1995.
32. Roth A., Fonagy P. (1996): *Psicoterapie e prove di efficacia*. Roma, Il Pensiero Scientifico, 1997.
33. Pinamonti H.: *Valutazione sperimentale e contesto di realizzazione di una ricerca sull'assunzione multipla di sostanze svolta al CAD e al Ser.T.*. In: Fiocchi A., Madeddu F., Maffei C. (a cura di), *La valutazione nel trattamento delle dipendenze*. Milano, Franco Angeli, 2003.
34. Correale A., Aloni A.M., Carnevali A. et al.: *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Roma, Borla, 2001.
35. Acquarini E.: *Identità liquida nel Borderline. Una ricerca condotta con la Identity Disturbance Questionnaire (IDQ)*. *Psichiatria di Comunità*, 1: 48-56, 2006.
36. Chimienti V.: *Dissociation, affective regulation and attachment styles in chemical and non chemical addictions vs. normal Italian samples*. In: *Advances in understanding trauma and dissociation: personal life, social process and public health*. Session: *Alexithymia, affect regulation and borderline personality in dissociation*. XXV<sup>th</sup> Anniversary International Conference of the International Society for the Study of trauma and Dissociation (ISSTD), Chicago, US., 2008.
37. Hazan C., Shaver P. (1987): *L'amore di coppia inteso come processo di attaccamento*. In: Carli L. (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*. Milano, Raffaello Cortina, 1995.
38. Kumin I. (1996): *Relazionalità pre-oggettuale*. Roma, Borla, 1999.
39. Fossati A., Acquarini E., Di Ceglie A. et al.: *Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11 -A) in a sample of Italian high school students*. *Perceptual & Motor Skills*, 95(2): 621-635, 2002.
40. Putnam F.W. (2001): *La dissociazione nei bambini e negli adolescenti. Una prospettiva evolutiva*. Roma, Astrolabio, 2005.
41. Debray R., Dejours C., Férida P. (2002): *Psicopatologia dell'esperienza del corpo*. Roma, Borla, 2004.
42. Nijenhuis E.R.S. (2005): *La dissociazione somatoforme*. Roma, Astrolabio, 2007.
43. Howell E.F.: *The dissociative mind*. NY, Routledge, 2005.
44. McDougall J. (2002): *L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico*. In: Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*. Milano, Raffaello Cortina, 2003.