

RICONOSCIMENTO DELLE PROPRIE EMOZIONI E ASPETTATIVE LEGATE AL BERE: QUALE RELAZIONE CON IL CONSUMO DI ALCOLICI IN ETÀ ADOLESCENZIALE?

Recognition of emotions and drinking expectancy: what relation with alcohol misuse during adolescence?

M. Gatta, L. Svanellini, A. Seminati, M. Penzo, A. Spoto*, P.A. Battistella

UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, ULSS 16 - Università di Padova; * Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

RIASSUNTO

Premessa. Il fenomeno del consumo di alcol negli adolescenti in Italia è divenuto sempre più diffuso a partire da età anche molto precoci (primato negativo italiano in Europa) con conseguenze negativerilevanti per la salute neuropsichica.

Obiettivi. Valutare l'eventuale associazione fra consumo alcolico, alessitimia e aspettative legate al bere relative all'affettività.

Soggetti e metodi. È stato studiato un campione di 467 studenti frequentanti alcune scuole secondarie di II grado della provincia di Padova tramite somministrazione di 3 questionari: il QASS (Questionario Adolescenti Sabato Sera), la TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) e il DEQ (Drinking Expectancy Questionnaire).

Risultati. Sono così sintetizzabili:

- il consumo alcolico è maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Per entrambi si registrano andamenti paralleli con picchi di consumo tra i 15 e i 17 anni;
- il tasso di alessitimia varia in base all'età e al genere dei soggetti: le femmine mostrano un andamento più stabile nel tempo con picchi intorno ai 15 e ai 17 anni. Nei maschi invece, l'alessitimia decresce all'avanzare dell'età;
- l'assunzione di alcol si associa a minori livelli di alessitimia e ad aspettative di incrementare le competenze comunicative.

SUMMARY

Premise. Alcohol consumption among adolescents is becoming an increasingly widespread phenomenon in Italy, even among the younger population (Italy ranks first in Europe) with consequent negative effects on neurologic and psychic health.

Objectives. Assess the potential correlation between alcohol consumption, alexithymia and drinking expectancies in a large adolescent students' population.

Subjects and methods. A samples of 467 students attending High school of Padua was studied throughout three questionnaires: the QASS (Questionario Adolescenti Sabato Sera), the TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale) and the DEQ (Drinking Expectancy Questionnaire).

Results. They are:

- boys drink more than girls. both genders show the same trend, with consumption's peak around 15 and 17 years old;
- alexithymia change according to sex and age: females' tas 20 scores are substantially stable, with peaks around 15 and 17 years old; besides males' tas 20 scores decrease with age;
- adolescents' alcohol misuse is associated to minor level of alexithymia and to the expectancy to increase communicative competences.

INTRODUZIONE

Il termine alessitimia deriva dal greco (a = mancanza, léxis = parola, thymòs = emozione) e significa la "mancanza di parole per le emozioni". Un soggetto alessitimico presenta infatti difficoltà a discriminare le emozioni

le une dalle altre e a distinguerle dalle sensazioni somatiche, un vocabolario emotivo limitato che comporta una notevole difficoltà a comunicare verbalmente le proprie emozioni agli altri, attività fantasmatica deficitaria o assente e uno stile cognitivo orientato all'esterno.

PAROLE CHIAVE

Adolescenza - Consumo alcolico - Alessitimia - Aspettative

KEY WORDS

Adolescence - Alcohol misuse - Alexithymia - Expectancy

Ad oggi l'alessitimia viene considerata un costrutto dimensionale (o tratto di personalità) ed è concepita come una dimensione clinica transnosografica, che si estende lungo un continuum che dal normale va al patologico a seconda del livello di difficoltà a comprendere e comunicare le esperienze emotive.

Un recente studio ¹ ha evidenziato un'interessante differenza della variabile "sesso" per quanto concerne la prevalenza del tratto alessitimico negli adulti (8,1 % nelle donne e 11,9 % negli uomini), con presenza inoltre di correlazione tra alessitimia e invecchiamento (il tratto sarebbe maggiormente presente nelle fasce più anziane di popolazione). Tali evidenze si collocano sulla stessa linea e confermano studi precedenti ²⁻⁵. Invece altri studi hanno evidenziato risultati differenti: non è stata infatti riscontrata alcuna prevalenza maschile del tratto alessitimico ⁶ o, addirittura, è stato evidenziato che l'alessitimia sarebbe una peculiarità tipicamente femminile ⁷.

Anche controversi, oltre che scarsi, gli studi riguardanti l'alessitimia in adolescenza: in ambito internazionale due importanti ricerche ^{1 8} forniscono un grosso contributo a riguardo, evidenziando una controtendenza rispetto agli studi sulla popolazione adulta: non sembrano infatti esserci differenze significative per la variabile sesso. Inoltre in uno studio ⁸ che indaga un campione dai 13 ai 18 anni si riscontra un decremento del tasso di alessitimia con l'età. Risultato, questo, in netto contrasto con quanto affermato dallo studio suddetto su un campione di popolazione adulta ¹. Questo risultato è spiegato ⁸ introducendo il fattore "maturazione": infatti, benché l'adolescenza sia un periodo di grandi trasformazioni psico-fisiche, lo sviluppo emotivo tipico di questa fase consentirebbe ai giovani di acquisire nuove e più efficaci strategie di gestione emozionale, che spiegherebbero il decremento di alessitimia passando dai 13 ai 18 anni.

In ambito nazionale studi su adolescenti presentano risultati controversi: Basile, Quadrana e Monniello ⁹ evidenziano una prevalenza maschile del tratto alessitimico (similmente a quanto accade per il campione adulto); La Ferlita et al. ¹⁰ non riscontrano differenze significative; Gatta et al. ¹¹ in uno studio caso-controllo segnalano una maggiore predisposizione del sesso femminile all'alessitimia nel gruppo sperimentale, mentre nel gruppo di controllo non riscontrano

differenze significative tra i due generi e denotano un decremento del tasso alessitimico con l'avanzare dell'età.

In una recente revisione della letteratura ¹² si evidenzia come ad oggi esistano pochi studi che abbiano indagato in maniera esaustiva la relazione tra alessitimia e disturbi da abuso di alcol e come molte questioni focali rimangano ancora in attesa di essere confermate, come l'associazione tra alessitimia, consumo di alcol e gravità del disturbo di abuso.

Numerosi studi ¹³⁻¹⁶ attestano che tra i soggetti alcol dipendenti circa il 45-67% è identificabile come alessitimico. Alcune ricerche suggeriscono inoltre che l'alessitimia possa incidere negativamente sul trattamento dei disturbi da abuso di alcol ¹⁷. Infine, dato che le persone con alessitimia si sentono spesso a disagio nelle situazioni sociali ^{16 18}, alcuni ricercatori hanno suggerito che i soggetti alessitimici utilizzino l'alcol come mezzo per lenire lo stress di tali situazioni o per incrementare le loro capacità di relazione in pubblico ^{19 20}. Tuttavia, poche di queste ipotesi sono state validate empiricamente e pur ipotizzando in molti che l'alessitimia sia un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi da abuso alcolico ²¹⁻²³, esiste tuttavia un numero troppo esiguo di evidenze empiriche che esplorino la relazione tra queste due variabili.

Nell'ambito della psicologia, un altro concetto largamente impiegato nella ricerca alcol-correlata è quello di 'aspettativa'. Nella teoria di Bandura ²⁴ si afferma che il comportamento viene appreso e mantenuto sulla base delle conseguenze attese e delle valutazioni positive e negative di queste. Ci si comporta quindi in un determinato modo in funzione sia della probabilità che certe conseguenze avvengano, sia in funzione della soggettiva valutazione di tali conseguenze anticipate, che agiscono quindi come rinforzi. Questi saranno percepiti da ognuno in modo diverso, a seconda della propria precedente esposizione a specifici contesti e in base ai feed-back ottenuti dalle proprie esperienze ²⁴.

Quando si parla di aspettative, credenze o attese nei confronti dell'alcol, ci si riferisce alle convinzioni, possedute dal singolo, circa gli effetti prodotti dalla sostanza sulla sfera cognitivo-comportamentale ²⁵. Vi è difatti la convinzione che, bevendo, le proprie caratteristiche personali possano essere modificate

assumendo qualità positive (maggior rilassamento, disinibizione, comunicazione interpersonale facilitata) o negative (nausea, cefalea, confusione mentale).

In letteratura esistono numerose ricerche che sottolineano l'importanza delle aspettative nell'ambito del consumo alcolico. Uno studio del 1982²⁵ dimostra che, negli adolescenti, l'effetto di attese, simili a quelle degli adulti, anticiperebbe addirittura il consumo effettivo della sostanza; le aspettative, infatti, influenzerebbero i giovani ancora prima di una reale e concreta assunzione alcolica. Con il passare del tempo, e quindi con l'aumento di esperienze alcoliche dirette, le aspettative tenderanno a definirsi sempre di più, fino ad instaurare condotte di consumo più definite e a guidare il comportamento in modo tale che l'esposizione all'alcol possa riprodurre gli effetti attesi²⁶.

È proprio quando gli effetti attesi sono visti come benefici che il giovane è spinto al consumo. Infatti, secondo quanto rilevato²⁷, la percezione individuale di benefici sarebbe significativamente correlata alla decisione di consumare alcol: il singolo decide di bere poiché attende gli effetti desiderati reputandoli un vantaggio e un beneficio per il sé.

Nella stessa direzione si colloca un'altra ricerca²⁸ che ribadisce l'importanza delle aspettative positive: infatti, benché le attese negative e positive siano entrambe in grado di influenzare gli atteggiamenti verso l'alcool, pare che quelle positive si dimostrino predittori migliori.

L'influenza delle aspettative sembra tanto potente da modificare selettivamente anche la percezione delle situazioni di consumo; sarebbero infatti percepite solo situazioni che aiutino a confermare le proprie aspettative: se per esempio si ha la convinzione che l'alcol aiuti a divertirsi, non si farà caso alle persone che, avendo bevuto troppo, stanno invece male²⁹.

STUDIO CASISTICO

Obiettivi

Il presente studio si inserisce nell'ambito del progetto di ricerca-azione "Che piacere..."[®] *Educazione alla Salute e Prevenzione del Consumo Precoce di Alcolici negli Adolescenti e nei Pre-Adolescenti*, volto ad affrontare il problema del crescente consumo di alcolici

nei giovani. A tale riguardo recenti studi nazionali su campioni di adolescenti del nord Italia hanno riscontrato una prevalenza di consumo di alcolici maggiore del 50% a partire dai 14 anni, con un andamento del consumo che aumenta con l'aumentare dell'età, interessando soprattutto il sesso maschile; inoltre più del 15% dei ragazzi e più del 5% delle ragazze tra i 16 e i 17 anni ha episodi di *binge drinking*^{30 11}. Il progetto "Che piacere", attivo dal 2006, vede la collaborazione di organizzazioni socio-sanitarie pubbliche, quali l'UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza - Azienda ULSS 16, il Centro Regionale di riferimento per le malattie del fegato dell'Azienda Ospedaliera-Università degli Studi di Padova, e organizzazioni private quali i Rotary Clubs del Padovano e la Fondazione Lionello Forin Hepatos ONLUS. Il presente lavoro si inserisce in questo ambito e ha come obiettivo quello di indagare, in associazione al consumo alcolico, le difficoltà emotive in termini di tratti Alessitimici e le credenze/aspettative legate al bere in età giovanile; ci si propone nello specifico di:

- verificare la prevalenza di consumo alcolico in un campione di adolescenti e indagare la prevalenza di Alessitimia in tale campione, osservandone anche l'andamento in relazione a sesso ed età;
- studiare la relazione tra consumo alcolico e Alessitimia, aspettandosi differenze significative nel tasso Alessitimico a seconda dell'entità del consumo alcolico;
- studiare l'eventuale relazione tra caratteristiche Alessitimiche e aspettative legate al bere nell'adolescente (si farà riferimento alle due sottoscale del *Drinking Expectancy Questionnaire* (DEQ): *Assertività* (aspettativa che l'alcol sia capace di incrementare l'efficacia della comunicazione) e *Cambiamento Affettivo* (aspettativa che l'alcol produca un cambiamento affettivo positivo)).

Soggetti, materiali e metodi

La ricerca è stata compiuta su un campione di 467 studenti del I triennio di Scuole secondarie di II grado di Padova e provincia che hanno volontariamente aderito, previo consenso dei familiari degli studenti, al progetto "Che Piacere" nell'anno scolastico 11/12. Il campione è composto da 213 maschi

(45,3%) e 254 femmine (54,7%) di età media 15,67 anni (DS = 1,07).

In classe, alla presenza di un operatore del progetto, sono stati somministrati in forma anonima i seguenti questionari self report:

- Drinking Expectancy Questionnaire: Il DEQ^{31 32} è un questionario che stima le aspettative legate al bere nell'adolescente e nell'adulto.

All'inizio della prova infatti, si chiede esplicitamente di rispondere alle domande (poste nella maniera meno ambigua e più semplice possibile) secondo le proprie credenze, perché lo scopo del test è proprio quello di "scoprire i pensieri, i sentimenti e le credenze riguardo il bere".

Il DEQ è composto da 80 item ai quali viene data risposta su una scala Likert a 5 punti (da 1 – totalmente in disaccordo – a 5 – totalmente d'accordo). Gli 80 item, a loro volta, compongono 9 scale o fattori (Tab. I):

- Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS 20): è un questionario self-report per la rivelazione di caratteristiche alessitimiche. Elaborato nel 1992 dal gruppo di ricerca di Toronto²³, è composto da venti items in forma di affermazioni a cui il soggetto deve rispondere esprimendo il proprio grado di accordo in una scala Likert a 5 punti (da "non sono per niente d'accordo" a "sono completamente d'accordo"). Nella valutazione dei dati, è possibile calcolare un punteggio totale (TOT), che può variare tra un minimo di 20 ed un massimo di 100, che definisce la presenza di alessitimia (≥ 61), un limite borderline (tra 51 e 60) o l'assenza di alessitimia (< 51). Il costrutto alessitimico definito dal

punteggio totale è diviso in tre categorie: difficoltà nell'identificare le emozioni (Fattore F1), difficoltà a comunicare le proprie emozioni agli altri (Fattore F2), pensiero orientato all'esterno (Fattore F3), ognuna con il proprio cut off di significatività.

Nel presente studio è stata utilizzata la versione della TAS-20 specifica per l'età evolutiva³³, validata per la popolazione italiana³⁴. La struttura a tre fattori viene mantenuta sebbene per il terzo fattore (Pensiero Orientato all'Esterno) si siano rivelate una bassa attendibilità e validità³⁴. Per tale motivo nel presente studio sono stati considerati solo F1 ed F2.

- Questionario Adolescenti Sabato Sera (QASS): è un questionario strutturato, utilizzato per indagare le abitudini degli adolescenti nel sabato sera precedente la data di somministrazione dello stesso.

È composto da item a risposta multipla e scale visuo-analogiche (VAS) appositamente disegnate per tale studio da Gallimberti e collaboratori³⁰. Il QASS indaga le abitudini dei giovani in merito alle frequentazioni di luoghi, al denaro posseduto, all'orario di rientro a casa (in un secondo momento distinto in "prima" o "dopo la mezzanotte") e alla tipologia e quantità di bevande consumate, alcoliche e non.

Le domande sulla tipologia e sulla quantità di bevande consumate sono state utilizzate per ricavare una stima delle unità alcoliche assunte (UA) nel sabato sera precedente la rilevazione. Per unità alcolica si intende il quantitativo di bevanda contenente circa 12 grammi di etanolo (pari a un bicchiere piccolo di vino di media gradazione, una lattina di birra o un bicchierino di superalcolico).

Di seguito verrà definito "bevitore" chi dichiara l'as-

TAB. I. Scale DEQ e loro significatività clinica.

Fattore Item	Punteggio	Significatività clinica dei cut off
Assertività 8	0 – 40	L'alcol viene visto come capace di incrementare l'efficacia della comunicazione
Cambiamento affettivo 9	0 – 45	Si crede che l'alcol produca un cambiamento affettivo positivo
Funzionamento sessuale 10	0 – 50	Si attribuisce un miglioramento delle prestazioni e delle sensazioni sessuali
Socializzazione 6	0 – 30	Si ritiene che il bere porti a migliori risultati per quanto riguarda la socialità
Relax 9	0 – 45	Abbassamento della tensione
Cambiamento cognitivo 9	0 -45	Acuto peggioramento delle funzioni cognitive
Potere-aggressività 11	0 – 55	Scarso controllo sugli impulsi
Dipendenza 10	0 – 55	Si attendono comportamenti di scarso controllo del bere
Negligenza 8	0 – 40	Scarso controllo sugli effetti del comportamento

sunzione di almeno un' unità alcolica nel sabato sera precedente la rilevazione, "non bevitore" chi dichiara di non aver assunto alcuna sostanza alcolica. Circa le categorie di consumo alcolico, sono state identificate, sulla base delle risposte al QASS, tre gruppi: non bevitori: 0 UA, bevitori moderati: 1-4 UA, binge drinkers: ≥ 5 UA.

Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state condotte attraverso il software SPSS-20. Le analisi hanno compreso una parte descrittiva sul campione e un puntuale test delle differenze tra gruppi nei punteggi ai questionari, attraverso l'utilizzo dell'ANOVA e del test dei contrasti pianificati, in modo da mettere in luce puntuali differenze tra diversi sottogruppi presi in esame.

RISULTATI

Analisi dei punteggi al QASS

Dall'analisi del consumo alcolico rispetto alle variabili età e sesso, si osserva come in generale le femmine riportino a ogni età un minore consumo rispetto ai maschi.

Benché non ci sia un'interazione significativa tra i fattori età e sesso ($F_{(3; 442)} = 0,4$; $p = ns$), i dati mettono in luce la significatività dei due effetti principali sia per il fattore sesso ($F_{(1; 442)} = 6,6$; $p < ,05$) sia per il fattore età ($F_{(3; 442)} = 4,9$; $p < ,05$): ciò significa che l'entità del consumo alcolico è differente tra maschi e femmine e differente tra le diverse età. Gli andamenti appaiono comunque paralleli: ossia alle diverse età i comportamenti di assunzione alcolica si muovono uniformemente tra maschi e femmine (Fig. 1).

Analisi dei punteggi alla TAS 20

Al fine di valutare la relazione tra le variabili età, genere e alessitimia (punteggi alla TAS 20) è stata condotta un'analisi della varianza univariata, con l'introduzione della variabile consumo alcolico (QASS) come covariata. I risultati hanno mostrato la non significatività della covariata ed hanno evidenziato un'interazione significativa tra età e sesso ($F_{(3; 436)} = 2,8$; $p < ,05$). Questo indica che i punteggi della TAS 20 sessi hanno andamenti diversi nei due generi

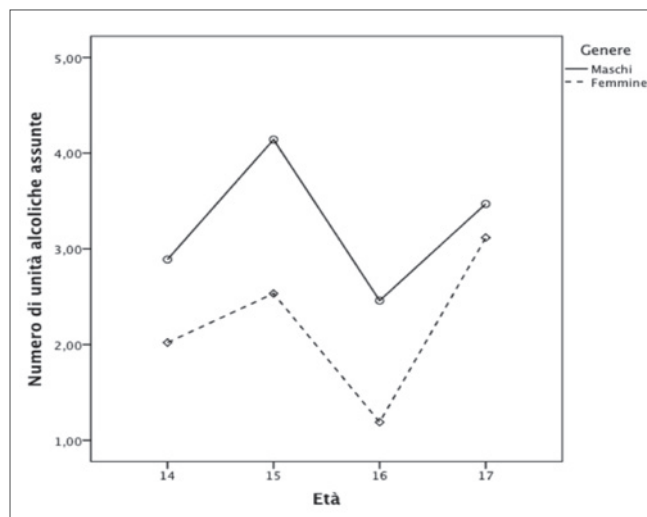


Fig. 1. Andamento del consumo alcolico, espresso in unità alcoliche assunte, in base all'età.

in funzione dell'età: in generale le femmine mostrano punteggi più stabili nel tempo rispetto ai maschi (che presentano invece un andamento decrescente dei punteggi TAS all'aumento dell'età), indipendentemente dal consumo alcolico (Fig. 2).

Rimane da segnalare che, scomponendo il costrutto alessitimico nei singoli fattori, per F2 (difficoltà nel comunicare le emozioni) è riscontrabile una differenza statisticamente significativa tra bevitori e non bevitori ($F_{(2; 440)} = 5,0$; $p < ,05$): dal grafico si evince inoltre che chi beve presenta punteggi più bassi per F2 rispetto a chi non beve. Ossia, chi si percepisce come capace di comunicare le emozioni, consuma alcolici, mentre chi si percepisce come alessitimico riferisce di non bere (Fig. 3).

Analisi della relazione tra punteggi al QASS e punteggi alle sottoscale del DEQ (assertività e cambiamento affettivo)

Dall'analisi dei dati risulta una differenza significativa nei punteggi della sottoscala DEQ-Assertività nelle tre categorie di consumo alcolico ($F_{(2; 446)} = 6,8$; $p < ,05$): i bevitori (almeno 1 UA) riportano punteggi significativamente più alti rispetto a chi non beve. In particolare, dall'analisi dei contrasti, è evidente che la differenza sussiste tra bevitori e non bevitori ($t(444) = -3,6$; $p < ,05$).

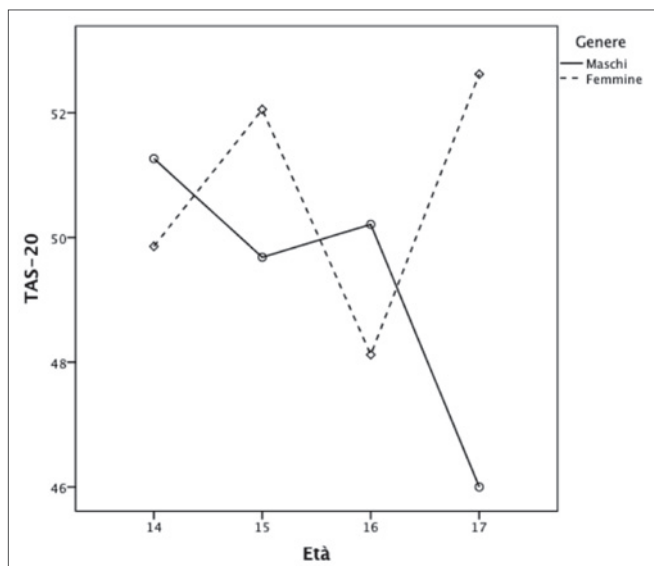


Fig. 2. Andamento dei punteggi TAS 20 in rapporto all'età e al genere.

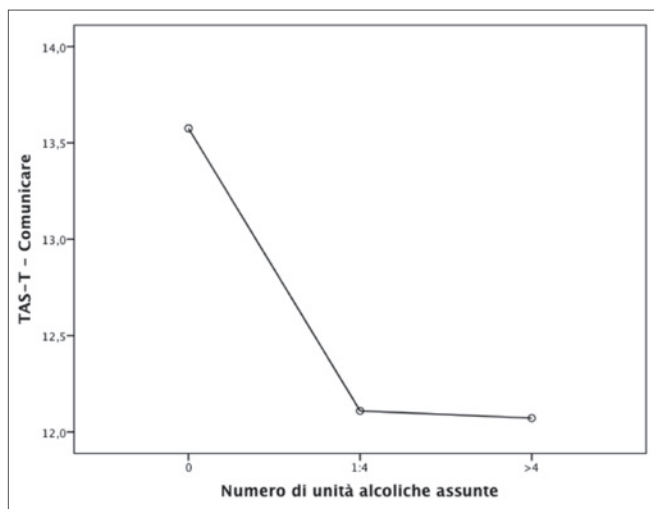


Fig. 3. Andamento dei punteggi F2 (TAS 20) rispetto alle categorie di consumo alcolico espresso in numero di unità alcoliche assunte.

I punteggi alla sottoscala DEQ-Cambiamento affettivo, invece, non presentano alcuna associazione significativa con il consumo alcolico ($F_{(2, 446)} = 1,2$; $p = ns$). In altri termini, l'aspettativa che l'alcol faciliti la comunicazione in pubblico si associa al consumo alcolico, a differenza dell'aspettativa che l'alcol comporti cambiamenti affettivi positivi.

I risultati del presente studio sono dunque così sintetizzabili:

- il consumo alcolico è maggiore nei maschi rispetto alle femmine. Per entrambi i campioni si registrano andamenti paralleli con picchi di consumo tra i 15 e i 17 anni;
- il tasso di alessitimia varia in base all'età e al genere dei soggetti: le femmine mostrano un andamento più stabile nel tempo con picchi intorno ai 15 e ai 17 anni. Nei maschi invece, l'alessitimia decresce all'avanzare dell'età;
- l'assunzione di alcol si associa a minori livelli di alessitimia e ad aspettative di incrementare le competenze comunicative.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In linea con altri studi della letteratura ^{35 30 36 11} anche dai nostri dati emerge come i maschi si distinguano per un maggior consumo alcolico rispetto alle femmine. È interessante notare come per entrambi i gruppi si registrino picchi di consumo intorno ai 15 e 17 anni, e come gli andamenti appaiano paralleli: ossia alle diverse età, i comportamenti di assunzione alcolica si muovono uniformemente tra maschi e femmine (Fig. 1). La presenza di caratteristiche alessitimiche (TAS 20) varia in base ad età e sesso: così come mostrato in Figura 2, in generale le femmine mostrano un andamento più stabile nel tempo, con picchi concentrati intorno ai 15 e ai 17 anni; mentre i maschi con l'avanzare dell'età mostrano un andamento decrescente: il tratto alessitimia tende infatti a con lo sviluppo dell'individuo. Evidenza questa che pare in accordo con lo studio sul "fattore maturazione" ⁸.

Il campione femminile invece non è interessato da tale fenomeno, presentando punteggi alla TAS 20 elevati anche all'aumentare dell'età. Si può ipotizzare una sorta di predisposizione o tendenza del sesso femminile all'alessitimia, come già avanzato da Gatta et al in uno studio del 2011 ¹¹ e da Mason et al nel 2005 ⁷. A tal proposito Frigerio et al. ³⁷ notano come le femmine presentino intorno ai 14 anni una condizione di maggiore vulnerabilità psicologica, con una prevalenza di disturbi emotivo - comportamentali rispetto ai maschi. Altri studi ³⁸ evidenziano inoltre un'alta correlazione tra alessitimia (in particolare la

sottoscala F1, dell'Identificazione) e problematiche internalizzanti negli adolescenti.

Circa la relazione tra alessitimia (TAS 20) e consumo alcolico (QASS), non sono emerse risultati statisticamente significativi, fatta eccezione per il fattore 2 della TAS 20 (difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri): una differenza significativa tra chi non beve e chi beve è stata infatti riscontrata, nel senso che il bevitore si percepisce capace di comunicare le proprie emozioni, rispetto a chi riferisce di non bere. In collegamento a tale dato, è interessante notare che, rispetto alle aspettative nei confronti dell'alcol, è quella legata all'aumento della capacità

comunicativa che si associa in modo statisticamente significativo al consumo alcolico, piuttosto che l'aspettativa legata ad un cambiamento affettivo positivo.

Ciò è in linea con le ricerche secondo cui, il consumo di alcol sembra dipendere dalle aspettative di incrementare l'efficacia della comunicazione in pubblico^{27 28}.

Data la scarsità di ricerche a riguardo, il presente studio si propone di ampliare il panorama della ricerca nell'ambito di alessitimia e abuso di alcol in adolescenza, per migliorare le misure di prevenzione e arricchire gli studi a riguardo.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Joukamaa M, Taanila A, Miettunen J, et al. *Epidemiology of alexithymia among adolescents*. J Psychosom Res 2006;63:373-6.
- 2 Salminen JK, Saarijarvi S, Aarela E, et al. *Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland*. Journal of Psychosomatic Research 1999;46:75-82.
- 3 Kokkonen P, Karvonen JT, Veijola J, et al. *Prevalence and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults*. Comprehensive Psychiatry 2001;42:471-6.
- 4 Lane RD, Sechrest L, Riedel R. *Sociodemographic correlates of alexithymia*. Comprehensive Psychiatry 1998;39:377-85.
- 5 Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, et al. *Depression is strongly associated with alexithymia in the general population*. J Psychosom Res 2000;48:99-104.
- 6 Guilbaud O, Loas G, Colcos M, et al. *L'alexithymie dans les conduites de dépendance et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone*. Annales Médico-Psychologiques 2002;160:77-85.
- 7 Mason O, Tyson M, Jones C, et al. *Alexithymia: Its prevalence and correlates in a British undergraduate sample*. Psychology and Psychotherapy 2005;78:113-25.
- 8 Sakkinen P, Kaltiala-Heino R, Ranta K, et al. *Psychometric properties of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a Finnish adolescent population*. Psychosomatics 2007;48:154-61.
- 9 Basile G, Quadrana L, Monniello G. *Alessitimia e Disturbi di Personalità in Adolescenza*. Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza 2009;76:513-31.
- 10 La Ferlita V, Bonadies M, Solano L, et al. *Adolescenza: studio preliminare di validazione della TAS-20 su un campione di 360 adolescenti italiani*. Infanzia e adolescenza 2007;3:31-144.
- 11 Gatta M, Dal Zotto L, Schif S, et al. *Alcohol abuse and psychopathology in adolescence*. Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva 2012;32:1-7.
- 12 Thorberg FA, Young R, Sullivan KA, et al. *Alexithymia and alcohol use disorders: a critical review*. Addict Behav 2009;34:237-45.
- 13 Evren C, Kose S, Sayar K, et al. *Alexithymia and temperament and character model of personality in alcohol-dependent Turkish men*. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2008;62:371-8.
- 14 Loas G, Fremaux D, Otmani O, et al. *Is alexithymia a negative factor for maintaining abstinence? A follow-up study*. Comprehensive Psychiatry 1997;38:296-9.
- 15 Sauvage L, Loas G. *Criterion Validity of Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire-20 form B: A Study of 63 Alcoholic Subjects*. Psychological Reports 2006;98:234-6.
- 16 Uzun AZ, Ates A, Cansever A, et al. *Alexithymia in male alcoholics: Study in a Turkish sample*. Comprehensive Psychiatry 2003;44:349-52.
- 17 Ziolkowski M, Gruss T, Rybakowski JK. *Does alexithymia in male alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence?*. Psychotherapy and Psychosomatics 1995;63:169-73.
- 18 Wise TN, Mann LS, Shay L. *Alexithymia and the five-factor model of personality*. Comprehensive Psychiatry 1992;33:147-51.
- 19 Kauhanen J, Julkunen J, Salonen JT. *Coping with inner feelings and stress: Heavy alcohol use in the context of alexithymia*. Behavioral Medicine 1992;18:121-6.

- ²⁰ Rybakowski J, Ziolkowski M, Zasadzka T, et al. *High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence*. Drug and Alcohol Dependence 1998;21:133-6.
- ²¹ De Rick A, Vanheule S. *The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients*. Addictive Behaviors 2006;31:1265-70.
- ²² De Timary P, Luts A, Hers D, et al. *Absolute and relative stability of alexithymia in alcoholic inpatients undergoing alcohol withdrawal: Relationship to depression and anxiety*. Psychiatry Research 2008;157:105-13.
- ²³ Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- ²⁴ Bandura A. *Social Learning Theory*. NJ: Prentice Hall Englewood Cliffs 1997.
- ²⁵ Goldman MS, Brown SA, Christiansen BA, et al. *Alcoholism and memory: broadening the scope of alcohol-expectancy research*. Psychological Bulletin 1991;110:137-46.
- ²⁶ Christiansen BA, Goldman MS, Inn A. *Development of alcohol-related expectancies in adolescents: separating pharmacological from social-learning influences*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1982;50:336-44.
- ²⁷ Goldberg JH, Halpern-Felsher BL, Millstein SG. *Beyond invulnerability: the importance of benefits in adolescents' decision to drink alcohol*. Health Psychol 2002;21:477-84.
- ²⁸ Stacy AW, Widaman KF, Marlatt GA. *Expectancy models of alcohol use*. Journal of Personality and Social Psychology 1991;58:91-28.
- ²⁹ Oei TPS, Morawska A. *A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy*. Addictive Behaviors 2004;29:159-79.
- ³⁰ Gallimberti L, Chindamo S, Buja A, et al. *Underage drinking on Saturday nights, sociodemographic and environmental risk factors: a cross-sectional study*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2011;6:15.
- ³¹ Young RM, Oei TPS. *Drinking expectancy profile (DEP) test manual*. University of Queensland: Behaviour Research and Therapy Centre 1996.
- ³² Young RM, Knight RG. *The Drinking Expectancy Questionnaire: A revised measure of alcohol-related beliefs*. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 1989;11:99-12.
- ³³ Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM. *An alexithymia questionnaire for children: factorial and concurrent validation results*. Pers Individ Dif 2006;40:123-33.
- ³⁴ Di Trani M, Tomassetti N, Bonadies M, et al. *Un questionario italiano per l'alestitimia in età evolutiva: struttura fattoriale e attendibilità*. Psicologia della Salute 2009;2:131-43.
- ³⁵ SAMSHA. *Results from the 2008 national survey on drug use and health: national findings*. Rockville: Office of Applied Studies, DHHS 2009.
- ³⁶ Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *L'uso e l'abuso di alcol in Italia anno 2011*. Roma: ISTAT 2012.
- ³⁷ Frigerio A, Rucci P, Goodman R, et al. *Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PRISMA study*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2009;18:217-26.
- ³⁸ Honkalampi K, Tolmunen T, Hintikka J, et al. *The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents*. Compr Psychiatry 2009;5:263-8.

CORRISPONDENZA

Michela Gatta, UOC di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Azienda ULSS 16 – Università di Padova, via Colli 4, 35143 Padova - Tel. +39 049 8217690 - Fax: +39 049 8217708 - E-mail: michela.gatta@unipd.it