

Tossicomania e organizzazione di personalità: risultati preliminari

PAOLO COTRUFO¹, TERESA FUSCO, ROSALBA PALERMO, GENNARO MARINO

Quando si tratta di eliminare una sensazione di sofferenza il più rozzo, ma anche il più efficace metodo per influire sull'organismo è quello chimico: l'intossicazione

S. Freud *Disagio della civiltà* (1929).

Introduzione

Il contributo psicoanalitico

Freda (2001), ritiene che il fenomeno tossicodipendenza non sarebbe un sintomo ma una soluzione. Egli afferma che se il sintomo è un evento che esprime un'alterazione del corpo o del pensiero che si esprime nell'intersoggettivo, la dipendenza sarebbe invece una soluzione in quanto è esclusa l'Alterità. In particolare, la tossicodipendenza sarebbe una soluzione ai problemi che il godimento trova nei suoi rapporti con l'Altro: la droga, permettendo l'evitamento dell'Altro come partner ed istituendosi essa stessa come partner sicuro e controllabile sarebbe in grado di ridonare il nirvana perduto. La droga è concepita da Freda, sullo spunto delle teorie lacaniane, come una soluzione alle angosce relative alla differenza tra i sessi, un godimento al di fuori delle leggi della sessualità. Freud (1912) descrive l'immagine del matrimonio felice tra l'alcolista ed il suo vino e lo paragona alla soddisfazione erotica in cui l'oggetto è sempre presente e non dice né sì né no.

La meta del tossicodipendente appare, quindi, quella di crearsi un'omeo-

¹ Indirizzo per la corrispondenza: Paolo Cotrufo, Dipartimento di Psicologia, Seconda Università di Napoli, SUN, Via Vivaldi, 43 – 81100 – Caserta, Italia.

stasi narcisistica, uno stato di controllo di cui egli si fantastica padrone in un'illusoria indipendenza dall'Altro. Il mondo del tossicodipendente diverrebbe così una realtà completamente narcisistica dove l'unico scopo, l'unico problema è procurarsi la sostanza che gli permetta di mantenere quest'illusorio equilibrio. Anche Rosenfeld (1965), riferendosi al ciclo maniaco-depressivo, sostiene che il tossicomane ricorrerebbe alla droga per difendersi, tramite una reazione maniacale, da una sofferenza di tipo depressivo.

Egli fa notare come la droga permetta al soggetto fantasie di gratificazione allucinatoria in funzione difensiva contro l'angoscia, allo stesso modo del bambino che allucina, succhiando le proprie dita, la gratificazione desiderata dalla madre assente. In questo modo le situazioni persecutorie sono negate o distrutte e si rafforzano i sentimenti d'onnipotenza narcisistica.

McDougall (1993) definisce la tossicodipendenza come un tentativo psicosomatico di soluzione del dolore mentale ricorrendo a sostanze esterne che tranquillizzino la mente e aboliscano, in via provvisoria, il conflitto psichico. Ella ritiene che, profondamente sepolta in ciascuno di noi, esista la nostalgia di un ritorno alla fusione con il materno, con la madre-universo onnipotente della prima infanzia, condizione priva di frustrazione, di responsabilità, di desiderio. La McDougall ritiene che molti casi di dipendenza sarebbero conseguenza degli atteggiamenti di madri che continuano, per ragioni inconsce, a vivere i loro figli, anche molto al di là dell'infanzia, come parte di se stesse creando poco spazio psichico *potenziale* tra di loro. Questo predisporrà, a sua volta, l'adulto-in-divenire alla creazione di quelli che la McDougall definisce "oggetti transitori": sostanze stupefacenti, relazioni di dipendenza coatta o comportamenti sessuali con un alto grado di dipendenza.

Le dipendenze sono quindi dei tentativi magici di riempire il vuoto del mondo interno in cui viene a mancare una rappresentazione internalizzata di un'istanza materna confortante e delle soluzioni, anche se solo temporanee, per restaurare l'ideale diadico primitivo in cui viene a cadere ogni eccitazione affettiva. Alla base di tutto ci sarebbe sempre, secondo la psicoanalista, la mancanza di un'internalizzazione dell'istanza materna rassicurante. Il paradosso dell'oggetto di dipendenza è dato dal fatto che, nonostante il suo potenziale talora letale, esso è sempre investito come un buon oggetto. In qualunque forma si presenti, quest'ogget-

to ha sempre l'effetto di rendere la vittima della dipendenza capace di ridurre rapidamente, magari per un breve periodo, il conflitto mentale e il dolore psichico. Nella stessa prospettiva possiamo comprendere perché gli affetti di piacere, quando sono sentiti come interdetti o pericolosi, possano creare in questi pazienti una sensazione di bisogno pressante dell'oggetto da cui dipendono, così come un bambino piccolo in stato di eccitazione ha bisogno che sua madre funga da schermo para-eccitatorio, proteggendolo e impedendogli di essere travolto dalle emozioni.

Bergeret (1983) definisce il comportamento di dipendenza come un tentativo assai particolare di regolare un conflitto interiore che si colloca tra le esigenze contraddittorie di bisogni che è impossibile elaborare sul registro mentale, e sarebbe caratterizzato dall'impossibilità di far fronte a tali bisogni se non mediante il passaggio all'atto. L'autore distingue tre tipologie di tossicomani: tossicomani a struttura nevrotica, tossicomani a struttura psicotica e tossicomani a struttura depressiva. La prima tipologia è caratterizzata da un'organizzazione complessiva mentale incentrata sulla problematica genitale e su una conflittualizzazione che si muove intorno alle rappresentazioni triangolari edipiche. Per quanto riguarda i tossicomani a struttura psicotica, le cui attivazioni comportamentali appaiono molto meno integrate e molto più aberranti di quanto non siano quelle dei tossicomani nevrotici, Bergeret li suddivide in due categorie.

Una prima categoria corrisponderebbe a quei soggetti che utilizzano la droga per contrastare l'eventualità che il loro immaginario (costantemente in conflitto con il piano di realtà) possa straripare. La droga avrebbe, per questi soggetti, il potere di avvicinarli ad una realtà conforme alle aberrazioni avvertite, garantendogli, contemporaneamente, di conservare una certa unità di insieme della personalità. La seconda categoria comprenderebbe, invece, personalità maggiormente disturbate nelle quali il prorompere delirante dell'immaginario non può essere negato e la droga è chiamata in causa per giustificare tale straripamento: l'individuo delira non perché è psichicamente disturbato, ma perché ha assunto una droga.

Un'ultima categoria, sulla quale Bergeret si è soffermato in modo particolare, sono i tossicodipendenti ad organizzazione depressiva, che rappresenterebbero la tipologia più diffusa. Per questi soggetti egli parla di

“astrutturazione” in quanto sarebbero caratterizzati da una personalità meno definita, più fluida e meno stabile rispetto a quelle descritte precedentemente. Sono soggetti che non hanno compiuto con successo le trasformazioni adolescenziali e che presentano problematiche inerenti le aree del narcisismo e delle relazioni d’oggetto. È come se questi soggetti fossero rimasti intrappolati in uno stato prolungato di pseudo-latenza. La personalità del tossicodipendente sarebbe connotata, secondo Bergeret, da un infantilismo affettivo: è come dipendente dal soddisfacimento immediato delle pulsioni. Il tossicomane, come un bambino affamato, esige tutto ed immediatamente, e non gli importa come. Quest’assoggettamento incondizionato alle sole esigenze del principio del piacere farebbe da base all’istinto di morte, che il tossicomane ora rivolge contro se stesso.

Il contributo psichiatrico

Numerosi studi hanno dimostrato la presenza di una comorbidità tra la tossicodipendenza, come comportamento, e la presenza di altri disturbi psichiatrici in una percentuale compresa tra l’80% e il 93% (Hatzitaskos et al. 1999). Treece (1984) ritiene che il fattore chiave per differenziare il tossicodipendente cronico da chi ne fa uso in modo controllato o casuale è la presenza nel primo di un grave disturbo di personalità. Successivamente altri autori hanno evidenziato la comorbidità tra le sindromi da addiction e i disturbi di personalità di asse II del DSM-IV (A.P.A., 1994), in particolare tra il disturbo antisociale, borderline e narcisistico e la tossicodipendenza (Fischer et al., 2003; Van der Bosch et al., 2001, Goldstein et al., 2001; Ahmad et al., 2001; Cacciola et al., 2001; Nadeau et al., 1999; Pettinati et al., 1999).

Clerici et al. (1992) hanno compiuto uno studio su 606 pazienti afferenti ad un servizio per tossicomani in cui è stato dimostrato che il 55,8% dei soggetti presentava un disturbo appartenente all’asse II, il 26,4% una diagnosi di asse I, il 17,8% non soddisfaceva i criteri per alcuna diagnosi psichiatrica. Kosten e Kleber (1982) riferiscono i dati ottenuti in un campione di pazienti tossicomani in cui il 68% presentava un disturbo di personalità (tra questi il 14% era Borderline, il 10% Narcisista, il 55% Antisociale, l’8% gli altri).

La prospettiva che ha orientato questi studi differisce ovviamente da quella psicoanalitica trattata in precedenza ma ci pare degno di nota il fatto che, sebbene da vertici differenti, giungano a conclusioni non assolutamente dissimili: condividono, infatti, l'ipotesi che il tossicomane sia portatore di una sofferenza profonda che si struttura in un'organizzazione di personalità *al limite*.

Ipotesi di ricerca

Analizzando gli studi fatti su questo argomento e considerando gli strumenti utilizzabili abbiamo adottato un'ottica prettamente clinica, tenendo presente sia quello che abbiamo appreso dalla letteratura psicoanalitica sia le evidenze empiriche delle ricerche sopra citate. Partendo da queste premesse abbiamo strutturato uno studio volto ad approfondire le principali caratteristiche di personalità di un campione di tossicodipendenti ospiti in una comunità di recupero. Nello specifico i nostri obiettivi sono:

Ricerca i principali tratti di personalità, la presenza e gli eventuali livelli di psicopatologia presente in questi soggetti;

Approfondire la gestione delle emozioni (che, in questi soggetti, è descritta generalmente come deficitaria) ed in particolare l'emozione della rabbia;

Analizzare alcune dimensioni stabili della personalità quali l'estroversione, il nevroticismo e lo psicoticismo;

Valutare la presenza di un disturbo di asse II (disturbi di personalità) del DSM-IV.

Materiali e metodi

Abbiamo somministrato ad un campione di 20 soggetti di sesso maschile, ospiti della comunità di recupero "Immanuel" di Castel Volturno (CE) i seguenti strumenti:

1. una scheda sociodemografica che ci consentiva l'assegnazione di un codice che garantisse l'anonimato e che valutava il livello socio-cul-

turale, forniva inoltre informazioni sulla famiglia, sul livello di scolarizzazione e sulla storia della tossicodipendenza;

2. il Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2). Questionario autosomministrato composto da 567 item, che mira a valutare sia la psicopatologia che le principali caratteristiche strutturali di personalità dell'esaminato. Nella versione italiana da noi utilizzata si compone di:

6 scale di validità, che servono per accertare con quanta accuratezza e sincerità il soggetto abbia compilato il questionario;

10 scale di base, ideati per valutare le dimensioni psicopatologiche della personalità;

6 scale supplementari (nella versione originale sono 13) che forniscono ulteriori informazioni su problematiche particolari,

15 scale di contenuto che permettono di descrivere e predire aspetti di personalità.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei punteggi abbiamo considerato le elevazioni delle scale cliniche superiori al cut-off, che per l'MMPI-2 è pari a 65 (Hathaway e McKinley, adattamento italiano di Pancheri e Sirigatti);

3. lo State Trait Anger Expression Inventory (STAXI) (Spielberger, 1998). Questionario auto-somministrato composto da 44 item suddivisi in 3 sezioni. Il test fornisce misure sintetiche rappresentative dell'esperienza ed espressione della rabbia.

Il concetto di esperienza di rabbia nella Staxi comprende due componenti:

Rabbia di stato, definita come uno stato emotivo caratterizzato da sentimenti soggettivi di diversa intensità che vanno da un moderato senso di fastidio o irritazione ad uno stato di furia e di rabbia;

Rabbia di tratto, definita come la disposizione a percepire un gran numero di situazioni come fastidiose o frustranti, e come la tendenza a rispondere a tali situazioni con più frequente aumento della rabbia di stato.

Lo strumento si articola in varie sottoscale:

- S-RABBIA: scala che misura l'intensità della rabbia di stato;

- T-RABBIA: scala che misura le differenze individuali nell'essere disposti a provare rabbia. La scala T-Rabbia comprende due sottoscale:

T-rabbia/T: temperamento portato alla rabbia senza una specifica ragione;

b) T-rabbia/R: reazione di rabbia, misura le differenze individuali nell'essere portati ad esprimere rabbia quando si viene criticati o minacciati ingiustamente dagli altri.

- AX/IN: rabbia rivolta verso l'interno.
- AX/OUT: rabbia rivolta verso l'esterno.
- AX/CON: controllo della rabbia.
- AX/EX: espressione della rabbia.

4. l'Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975) Questionario auto-somministrato composto di 48 item volto a valutare alcune dimensioni stabili della personalità quali:

- ESTROVERSIONE (E): descrive un continuum bipolare che va dall'introversione all'estroversione;
- PSICOTICISMO (P): descrive un continuum che si snoda da un polo di un equilibrato e soddisfacente adattamento sociale verso gradi crescenti di anticonformismo, asocialità e infine vero e proprio disadattamento e antisocialità;
- NEVROTICISMO (N): analizza un continuum che si stende tra un polo di stabilità emotiva e un polo di instabilità emotiva;
- LIE (L): offre una misura della tendenza del soggetto a simulare e a porsi in buona luce.

5. la SCID-II, un'intervista clinico diagnostica del DSM IV.

Risultati

Il campione è stato composto da 20 soggetti di sesso maschile avente le caratteristiche riportate in Tab.1.

FASCE D'ETA'	25-30	31-35	36-40
NUMERO DI SOGGETTI	9 (45%)	7 (35%)	4 (20%)
ANNI DI DIPENDENZA	9,88 ± 4,78d.s.	12,57 ± 5,03d.s.	20,25 ± 4,85d.s.
LIVELLO SOCIO-CULTURALE	MEDIO-BASSO	MEDIO-BASSO	MEDIO-BASSO

Il livello di istruzione dei soggetti, nella quasi totalità dei casi, non supera la licenza media; i ragazzi, inoltre, provengono tutti da famiglie molto numerose e ben sette soggetti (35%) hanno un genitore deceduto.

La computazione dell'MMPI 2 ha dato i seguenti risultati:

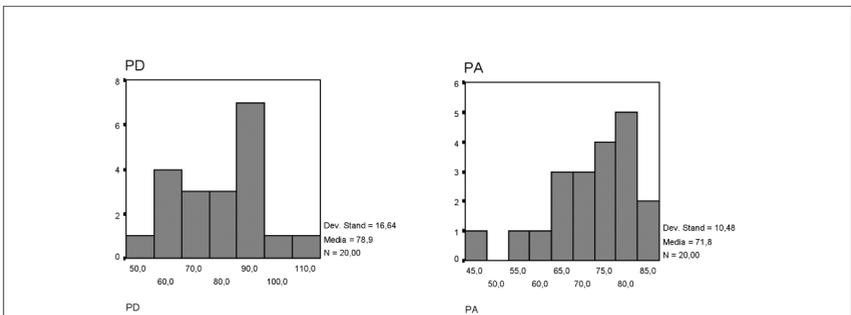
Il primo passo svolto nella valutazione è stato considerare la validità di ogni singolo test. Per fare ciò sono state esaminate le scale di validità, innanzitutto la scala "NON-SO" (scala inerente il numero di item omessi e quelli con doppia risposta).

Si è proceduto poi all'analisi delle configurazioni delle scale L (LIE), F (INFREQUENCY), e K (CORRECTION) che forniscono informazioni riguardo la tendenza a proporre un'immagine di sé idealizzata, l'esagerazione dei problemi e l'atteggiamento difensivo.

La maggior parte delle configurazioni prevedevano una bassa attitudine alla menzogna ed un basso atteggiamento difensivo, mentre la tendenza ad enfatizzare i problemi era molto alta.

Per l'esposizione dei risultati delle scale di base abbiamo scelto una rappresentazione grafica sotto forma di istogrammi di frequenza. Considerando il punteggio cut-off, che per l'MMPI è 65, ci è stato possibile mettere facilmente in evidenza, le scale che hanno ottenuto punteggi maggiori e valutare, quindi, le varie elevazioni (Fig. 1).

Il nostro campione presenta picchi elevati alle scale Pd (devianza psicopatica), Pa (paranoia), Sc (schizofrenia), Ma (ipomania). I risultati delle altre scale sono stati mediamente nella norma. La scala con



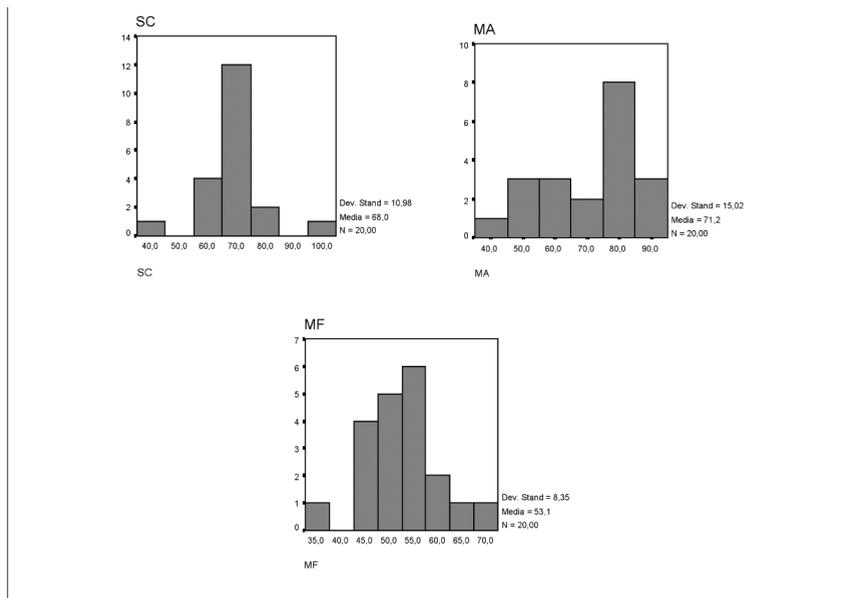


Figura 1

i punteggi più elevati è la scala indicativa della deviazione psicopatica, mentre i punteggi più bassi sono stati rilevati per la scala Mf (mascolinità-femminilità) che però non è considerata una scala clinica ma valuta la tendenza del soggetto verso interessi maschilini o femminili.

Per la valutazione delle scale supplementari abbiamo considerato solo quelle che potevano avere importanza per gli scopi del nostro studio. Riportiamo in Fig.2 i dati relativi alle scale che hanno ottenuto punteggi maggiormente significativi.

Le scale MAC-R (scala MacAndrew di alcolismo rivista), APS (scala di tossicodipendenza potenziale) e AAS (scala di ammissione di tossicodipendenza) sono importanti per l'individuazione di problematiche legate all'abuso di sostanze. Da vari studi è stato riscontrato che la scala MAC-R rileva una propensione generale alla tossicodipendenza, piuttosto che al solo alcolismo; nel nostro caso è piuttosto elevata.

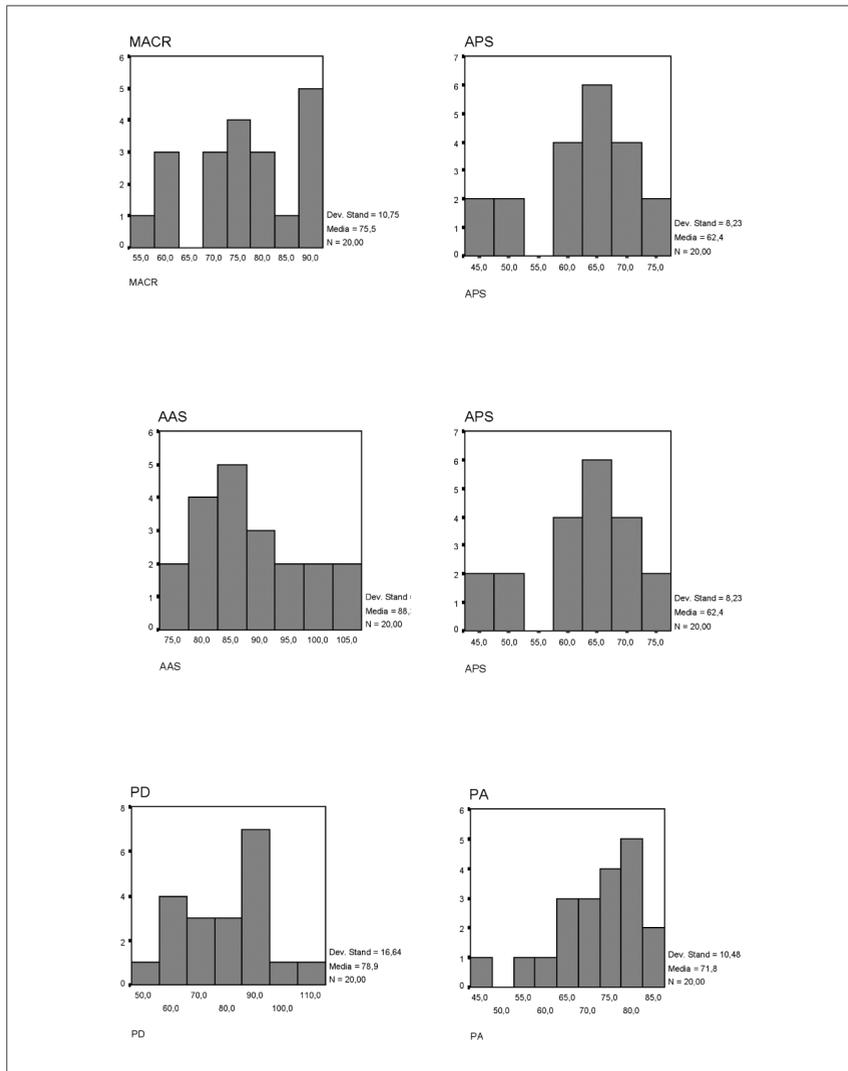
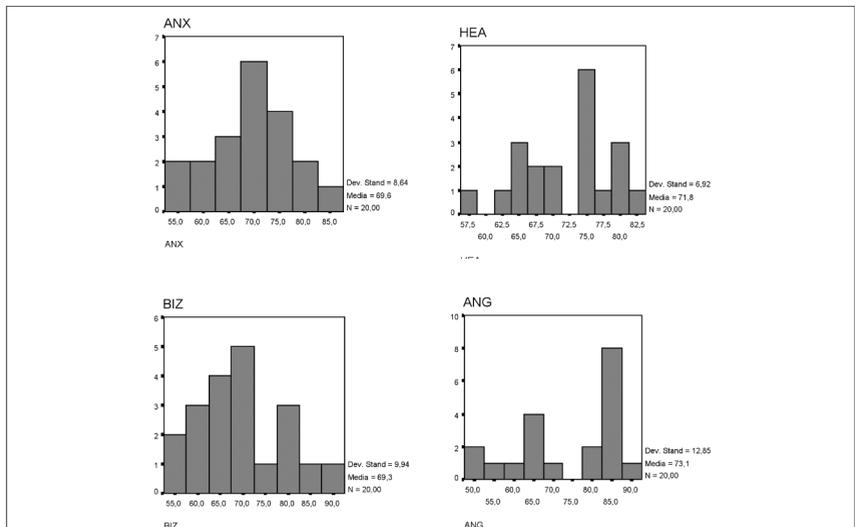


Figura 2

Anche per quanto riguarda le altre scale, i risultati confermano pienamente le nostre aspettative. Come si può ben vedere, l'ammissione di tossicodipendenza ha ottenuto un punteggio medio elevato mentre il livello di tossicodipendenza potenziale rientra nella norma. Un dato che riteniamo degno di nota è quello inerente la scala OH (ostilità ipercontrollata). Questa è infatti la scala che ha in assoluto ottenuto il punteggio medio più basso in confronto a tutte le altre scale del test. Particolarmente elevata è stata, invece, la scala Pk, scala indicativa del livello del disturbo post-traumatico da stress.

Dall'elaborazione delle scale di contenuto sono risultati significativi i dati relativi alle scale ANX (ansia), HEA (preoccupazione per la salute), BIZ (ideazione bizzarra), ANG (rabbia), ASP (comportamenti antisociali), FAM (problemi familiari), WRK (difficoltà sul lavoro), TRT (indicatori di difficoltà di trattamento). I punteggi delle scale ANX, ANG e ASP vanno a confermare il quadro già emerso dalle scale cliniche e supplementari per quanto concerne le problematiche della rabbia e del comportamento antisociale (Fig. 3).

I punteggi della STAXI sono stati considerati sulla base del punteggio normativo che è 50. Come si può osservare in Fig.4 tutti i punte-



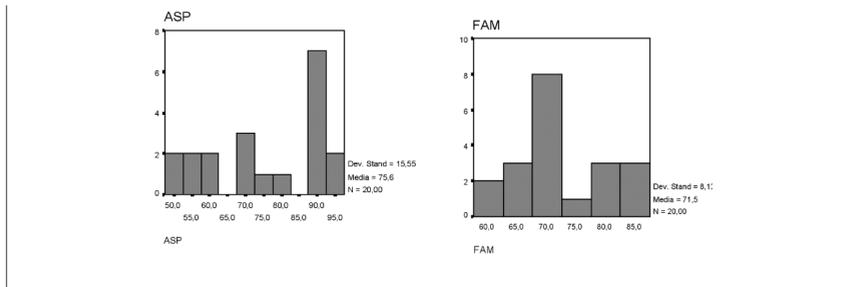


figura 3

gi medi superano il valore normativo, tranne quello della scala AX/CON (controllo della rabbia), che è invece molto basso. L'unico valore che si avvicina alla media normativa è quello della T-RAB/T (sottoscala del temperamento portato alla rabbia). Altro dato rilevante è l'elevatissimo punteggio della scala AX/EX che misura la frequenza con cui la rabbia viene espressa, senza tener conto di come venga espressa.

Anche per l'EPQ abbiamo considerato, come da manuale, la media normativa uguale a 50. Il fattore psicoticismo (EPQR-P) è stato quello più rappresentativo del nostro campione (Fig. 5).

PASSIVO AGGRESSIVO	PARANOIDE	SCHIZOIDE	OSSESSIVO COMPULSIVO	ISTRIONICO	NARCISISTICO	BORDERLINE	ANTISOCIALE	Numero DIAGNOSI
	SI		SI		SI			3
							SI	1
	SI	SI			SI	SI	SI	5
SI	SI			SI	SI		SI	4
					SI			2
						SI	SI	3
	SI				SI	SI	SI	5
SI	SI				SI	SI	SI	5
	SI		SI		SI			4
	SI			SI		SI	SI	5
					SI	SI	SI	3
	SI				SI			2
				SI		SI	SI	3
							SI	2
	SI				SI	SI	SI	4
SI		SI			SI			3
	SI				SI	SI	SI	4
					SI			2
						SI	SI	2
					SI		SI	3
2 (10%)	10 (50%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)	14 (70%)	10 (50%)	14 (70%)	--

Tabella 2

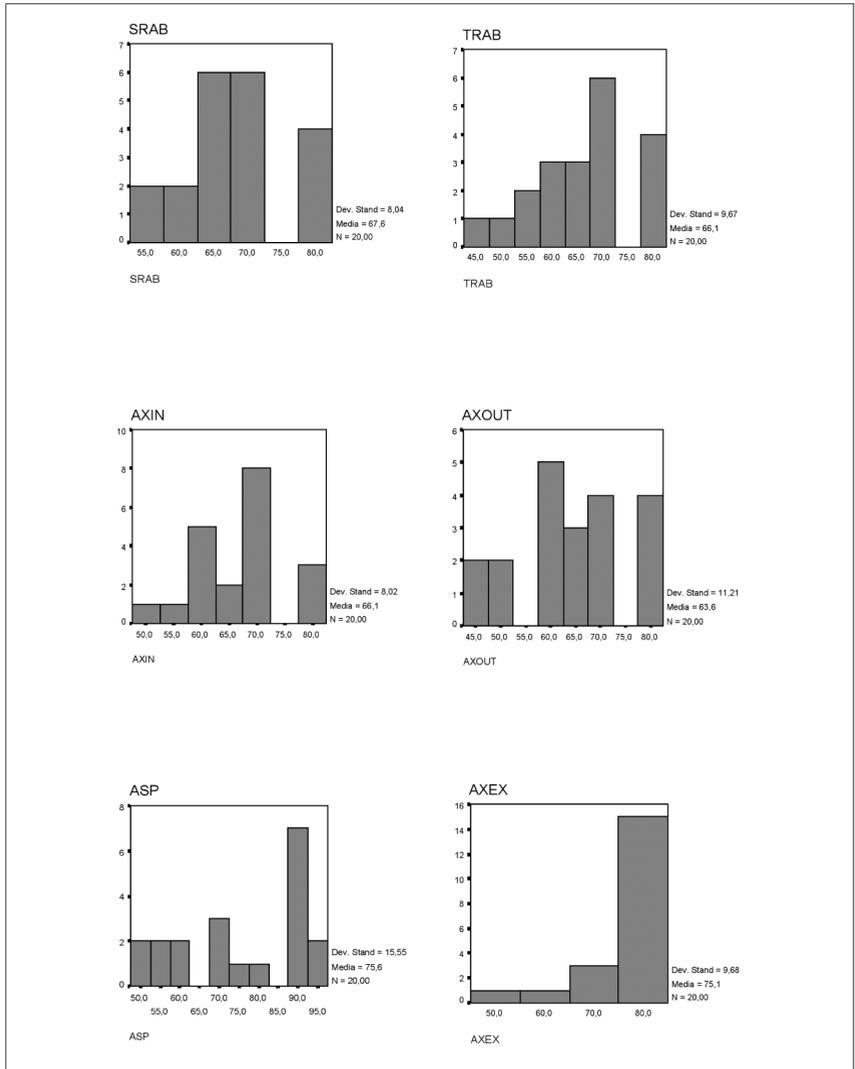


Figura 4

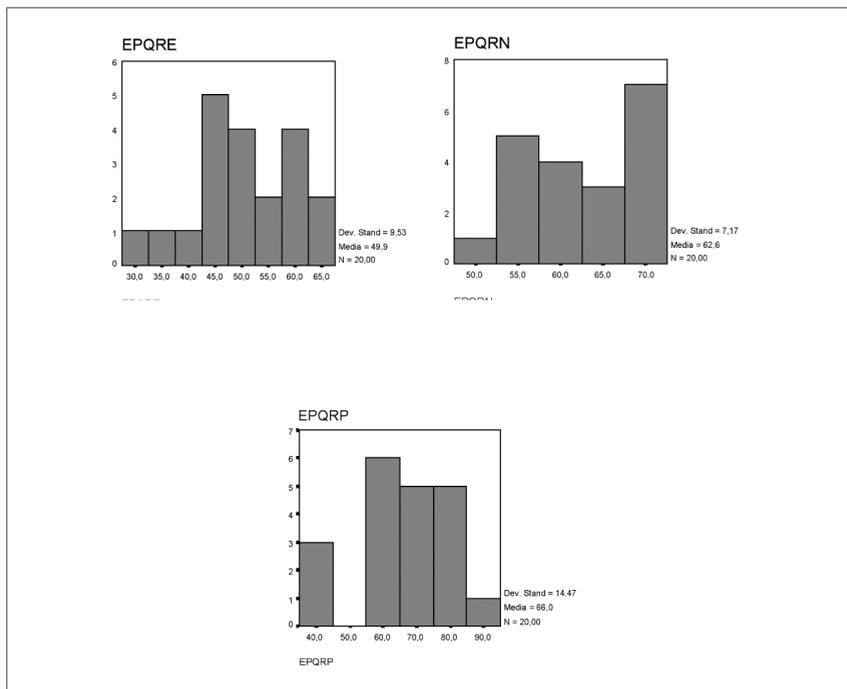


Figura 5

La somministrazione della SCID 2 ha permesso di formulare le diagnosi di disturbi di personalità secondo il DSM-IV, i risultati sono riportati in tabella 2. Come si può notare, come nelle altre ricerche citate, i soggetti sono stati portatori, contemporaneamente, di più disturbi della personalità. Solo ad un soggetto è stato riscontrato un singolo disturbo di personalità. Da precisare è che nella tabella non sono menzionati il disturbo auto-frustrante e quello schizotipico di personalità in quanto non sono stati diagnosticati a nessun soggetto. I disturbi più presenti nel nostro campione sono stati, invece, il disturbo paranoide, il disturbo narcisistico, il disturbo borderline ed il disturbo antisociale di personalità.

Discussione

Per quanto riguarda i risultati emersi dall'MMPI-2 abbiamo visto come il nostro campione presenti picchi elevati alle scale Pd, Pa, Sc ed Ma. Il valore più elevato è stato quello riportato dalla scala Pd (deviazione psicopatica), il che indica un quadro psicopatologico caratterizzato da mancanza di controllo emotivo, antisocialità, disinteresse per le regole, aggressività e incapacità di stabilire rapporti interpersonali. Questo dato sembra essere concordante con i contributi noti in letteratura (Fischer et al., 2003; Van der Bosch et al., 2001, Goldstein et al., 2001; Ahmad et al., 2001; Cacciola et al., 2001; Nadeau et al., 1999; Pettinati et al., 1999). In effetti molti soggetti del nostro campione hanno avuto problemi con la legge ed un passato caratterizzato da frequenti comportamenti aggressivi ed una generale tendenza all'agito. L'elevazione alla scala della paranoia (Pa) indica uno stile pervasivo di pensare, di sentire, di relazionarsi agli altri particolarmente rigido ed invariante caratterizzato da una forte sfiducia e sospettosità verso il prossimo. La scala Ma (ipomania) fa riferimento a caratteristiche psicologiche quali eccitabilità emotiva, amoralità, ipertrofia dell'Io ed iperattività motoria. La moderata elevazione alla scala Sc (schizofrenia) potrebbe indicare una tendenza di questi soggetti all'alienazione dalla realtà, una difficoltà di concentrazione e di pensiero ed il ricorso al ritiro e all'isolamento come meccanismi di difesa di fronte a situazioni frustranti. Come atteso il nostro campione ha riportato punteggi molto elevati alle scale supplementari relative all'ammissione di problematiche legate all'abuso di sostanze (MAC-R e AAS). Di particolare interesse per la nostra ricerca risulta essere il punteggio della scala APS, relativa alla tossicodipendenza potenziale, che, nel nostro caso è stato più basso rispetto alle due precedenti.

Generalmente questa scala, considerata singolarmente, va a rilevare una propensione all'uso di sostanze ma, se confrontata con la MAC-R e l'AAS, essa è in grado di suggerirci informazioni sull'eventuale presenza di altri significativi disturbi psicologici. Punteggi al di sotto del cut-off permettono di discriminare individui con difficoltà psicologiche marcate in aggiunta a problemi connessi alla tossicodipendenza, da soggetti i cui problemi sono centrati unicamente sulla dipendenza, che in genere

ottengono punteggi più elevati. È evidente, quindi, che il nostro campione appartiene alla prima categoria di soggetti; tuttavia ci resta difficile, anche su quello che abbiamo appreso dalle altre ricerche (citato nell'introduzione), supporre l'esistenza di tossicodipendenti in cui il disagio sia dovuto solo alla dipendenza. A sostegno di ciò basti considerare quello che è emerso dall'intervista SCID-2: tutti i soggetti sono risultati portatori di almeno un disturbo della personalità!

Sempre per quanto riguarda i risultati dell'MMPI-2 altro risultato di rilievo è quello inerente la scala OH (ostilità ipercontrollata): il campione ha riportato punteggi bassissimi, in accordo con quelli ottenuti dalla scala AX/CON (controllo della rabbia) della STAXI. Si tratta quindi di soggetti che hanno difficoltà a gestire le emozioni e a contenere eccessi di rabbia, l'ostilità è tendenzialmente agitata. Ciò è coerente con quanto emerso anche dalle scale di base Pd, Pa e Ma e, soprattutto, pare in accordo con le teorie psicoanalitiche relative alla intollerabilità alla frustrazione e la tendenza all'agito tipica delle organizzazioni *caso limite*.

I punteggi alle scale ANX, ANG, ASP confermano la presenza di sintomi generali d'ansia, tensione, irritabilità, insofferenza, impulsività, facile perdita del controllo, abitudini antisociali ed illegali. Lo stile comportamentale emerso collima con quanto si evince dalle scale inerenti la sfera sociale (FAM, WRK, TRT); i punteggi indicano la presenza di marcato contrasto nei rapporti familiari, sentimenti d'abbandono, incomprensioni, atteggiamenti che rendono le prestazioni lavorative scadenti. L'alto punteggio alla scala TRT è, in genere, sinonimo di atteggiamenti negativi verso il cambiamento, affrontato con molta sfiducia da parte dei soggetti, che preferiscono arrendersi piuttosto che affrontare crisi e difficoltà (è da tenere presente che si tratta di soggetti impegnati attivamente nella soluzione della dipendenza).

Alla STAXI il punteggio medio del campione della scala relativa alla rabbia di stato (S-Rabbia) è risultato essere più alto rispetto a quello della rabbia di tratto (T-Rabbia); ciò potrebbe indicare che i sentimenti di rabbia di questi soggetti siano determinati dalle situazioni. Tuttavia, poiché anche i punteggi della rabbia di tratto ed i punteggi dell'AX/IN (rabbia rivolta verso l'interno) sono relativamente elevati, il manuale indica in questi casi la presenza di rabbia cronica. L'alto punteggio relativo alla scala T-Rabbia/T (temperamento portato alla rabbia) indiche-

rebbe una forte sensibilità alle critiche, agli affronti e alle valutazioni negative da parte degli altri, come forti ferite narcisistiche. L'espressione della rabbia, in questi soggetti, è rivolta sia verso se stessi (AX/IN) che verso l'esterno (AX/OUT). Il basso punteggio all'AX/CON (controllo della rabbia) evidenzia come questi soggetti abbiano un'estrema difficoltà nella gestione della rabbia. L'elevato punteggio alla scala AX/EX (espressione della rabbia), accompagnato sia ad AX/IN sia ad AX/OUT indica un'estrema difficoltà nelle relazioni interpersonali.

Dall'analisi di alcune dimensioni stabili della personalità tramite l'EPQ, abbiamo osservato come il campione, per ciò che riguarda il fattore nevroticismo, si orienti verso il polo caratterizzato da una notevole instabilità emotiva (a conferma di quanto emerso anche dalla STAXI) tipico dei soggetti ansiosi, sempre preoccupati, di umore mutevole e spesso depresso, ma anche facilmente eccitabile. Anche per la dimensione dello psicoticismo il campione si orienta verso il polo estremo del disadattamento e dell'antisocialità, a conferma di quanto è emerso dall'MMPI-2 e, in particolare, dall'elevazione della scala Pd. Tale dato è in linea con i risultati di varie indagini condotte su gruppi clinici (tossicodipendenti, alcolisti e soggetti con disturbo di personalità) che hanno ottenuto, come nel nostro caso, punteggi doppi rispetto ai soggetti normali (Eysenck e Eysenck, 1975).

Le diagnosi che abbiamo ottenuto attraverso la SCID 2 confermano quanto emerso dagli altri strumenti utilizzati. I disturbi diagnosticati con maggiore frequenza sono stati il disturbo narcisistico di personalità (70%), il disturbo antisociale di personalità (70%), il disturbo borderline (50%) e quello paranoide di personalità (50%).

Il fatto poi che i soggetti abbiano soddisfatto i criteri di più disturbi di personalità ci riporta all'ipotesi secondo cui non esisterebbe un'unica struttura profonda di personalità specifica dei soggetti tossicodipendenti. Il dato sull'*overlapping* diagnostico per i disturbi di Asse 2 è noto in letteratura e spesso discusso a discredito della classificazione del DSM-IV, tuttavia non è questa la sede per una riflessione su questo importante argomento.

Il DSM IV mette in evidenza come il disturbo narcisistico di personalità sia spesso associato a condotte tossicomane. Per quanto riguarda i nostri soggetti, parlerei di narcisismo *covert* (Ronningstam, 2001),

ossia di un investimento libidico di una struttura patologica del Sé che li conduce inevitabilmente verso un'incapacità di amare ed una grave difficoltà relazionale. Questi soggetti, inoltre, presentano un'autostima molto fragile, a volte anche sentimenti persistenti di vergogna e di umiliazione che li può condurre verso una patologia depressiva e verso il ritiro sociale.

In questo senso la mancanza di empatia e di sensibilità per i desideri e le necessità dell'altro, ulteriormente aggravate dalla condotta tossicomane e che può condurli allo sfruttamento degli altri e ad atti criminali, sembra condurre la diagnosi verso quei quadri che Kernberg (1993) definiva di *narcisismo maligno*. Questa caratteristica accomuna il disturbo narcisistico a quello antisociale di personalità, che come nel nostro caso, sono diagnosticati spesso insieme (otto soggetti su venti presentavano contemporaneamente i due disturbi). A conferma di questa ipotesi si aggiunga l'alto livello di aggressività emersa dalla STAXI e il dato relativo alla scala clinica dell'MMPI Pd (deviazione psicopatica) che ha presentato i punteggi medi più elevati. Inoltre la dimensione più rappresentativa emersa dall'EPQ è stata lo psicoticismo (inteso come disadattamento sociale). La stretta correlazione tra la psicopatia e la tossicomania è messa in evidenza sia dal DSM IV sia da tutta una serie di ricercatori (Cadoret, 1986; Hallek, 1981; Meloy, 1988; Modlin, 1983; Reid, 1985; Vaillant, 1983).

Per la diagnosi di narcisismo maligno, secondo Kernberg, è necessaria anche un'ideazione paranoide che è presente nel nostro campione: i risultati dell'MMPI evidenziano alti punteggi alla scala Pa (paranoia) e, la metà del campione, ottiene una diagnosi di disturbo paranoide di personalità.

Il disturbo borderline, diagnosticato al 50% dei soggetti, presenta caratteristiche di fondo che racchiudono tutte quelle annoverate precedentemente. Per Kernberg, infatti, i pazienti con disturbo di personalità narcisistico, antisociale, paranoide e istrionico sono tutti caratterizzati da una sottostante organizzazione di personalità borderline. Questa presenta caratteristiche quali: sentimenti di rabbia intensa e immotivata o mancanza di controllo della rabbia, difettualità nelle relazioni interpersonali caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di iperidealizzazione e svalutazione, tentativi di evitare un reale o immaginario abbandono, sensa-

zioni croniche di vuoto, assenza di una consistente identità del sé, sintomi dissociativi o ideazione paranoide.

Secondo Kernberg i pazienti borderline presenterebbero manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io, una tendenza ad utilizzare processi di pensiero primario (pur rimanendo stabile l'esame di realtà), scissione, idealizzazione primitiva, identificazione proiettiva, diniego, onnipotenza e svalutazione come meccanismi di difesa caratteristici ed, infine, relazioni d'oggetto patologiche.

Il disturbo borderline di personalità è frequentemente accompagnato da condotte impulsive in aree dannose per il soggetto, nel nostro caso esso è associato ad una condotta tossicomantica.

Tutti questi dati, se confermati in un campione numericamente più rappresentativo, ci conducono alla conclusione che è inesatto considerare il comportamento tossicomantico come patologia in sé e ci fanno comprendere come la tossicomania possa essere una *soluzione* somatica ad una sofferenza psichica (Mc Dougall, 1993) tipica di quei disturbi che la psichiatria nomina come disturbi di personalità e la psicoanalisi ci ha insegnato a considerare come patologie al limite (borderline).

Riassunto

Il lavoro si propone di valutare i principali tratti di personalità, la presenza e gli eventuali livelli di psicopatologia, la qualità e la gestione delle emozioni, in particolare l'emozione della rabbia, di analizzare alcune dimensioni stabili della personalità quali l'estroversione, il nevroticismo e lo psicoticismo e di valutare la presenza di un disturbo di asse II (disturbi di personalità) del DSM-IV, in un campione di soggetti maschi tossicodipendenti. Abbiamo somministrato l'MMPI 2, lo State Trait Anger Expression Inventory, l'Eysenck Personality Questionnaire e la SCID 2 del DSM IV a 20 soggetti ospiti della comunità Immanuel. I risultati, sebbene il campione sia ancora esiguo, si pongono in linea con le principali ricerche empiriche cui abbiamo fatto riferimento ed evidenziano la presenza di almeno un disturbo di personalità secondo i criteri del DSM IV, in particolare il disturbo narcisistico ed antisociale presenti, entrambi, nel 70% del campione. Questi tratti sono confermati anche

dalla presenza di elevati punteggi alle scale dell'estroversione e dello psicoticismo e alle scale PD e PA dell'MMPI 2. Il campione in esame presenta alti punteggi alle scale relative alla rabbia di stato e di tratto ed alla gestione della stessa, che è per lo più agita. Consideriamo i risultati ottenuti incoraggianti per la prosecuzione del lavoro su un campione numericamente più rappresentativo.

Summary

The aims of the study are to evaluate the personality traits, the psychopathology, the anger emotions, the stable personality traits as neuroticism, psychoticism and extraversion and to evaluate the prevalence of any personality disorder, in accord with DSM-IV criteria, in a sample of 20 addiction syndrome inpatients. We administered MMPI 2, State-Trait Anger Expression Inventory, Eysenck Personality Questionnaire and SCID II, based on DSM-IV axis II personality disorders. Results, although in a small sample, appears to confirm previous study findings and show, in this population, a large prevalence of narcissistic (70%) and antisocial (70%) personality disorders. Those disorders were diagnosed in a population with high levels of psychoticism and extraversion, with a marked tendency to acting-out the anger drives and with high average scores in PD and PA MMPI 2 sub-scales. The results, even from a small sample, encourage the prosecution of the study in a wider sample.

Bibliografia

- Ahmad B., Mufti K.A., Farooq S., *Psychiatric comorbidity in substance abuse (opioids)*. J Pak Med Assoc., May; 51(5): 183-6, 2001
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th edn.: APA: Washington, DC, 1994.
- Bergeret J., *Lo psicoanalista in ascolto del tossicomane*, Borla, Milano 1983
- Cacciola J.S., Alterman A.I., Rutherford M.J., McKay J.R., Murvaney F.D., “The relationship of psychiatric comorbidity to treatment outcomes in methadone maintained patients”. *Drug Alcohol Depend.*, 1; 61(3): 271-80, Feb 2001
- Eysenck H.J., Eysenck S.B.G., *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*, Hodder and Stoughton Eds, 1975
- Fischer B., Haidon E., Kim G., Rehim J., El-Guebaly N.: “Screening for antisocial personality disorder in drugs users – a qualitative exploratory study on feasibility”, *Int J Methods Psychiatr Res.*; 12(3): 151-6, 2003
- Freda “*Psicoanalisi e tossicomania*”, Mondatori, Milano 2001
- Freud S. “*Disagio della civiltà*” in opere vol. X, Boringhieri., Torino 1924-29
- Freud S., “*Sulla più comune degradazione della vita amorosa*”, in Opere vol. VI Boringhieri, Torino.
- Goldstein R.B., Bigelow C., McCusker J.: “Antisocial behavioural syndromes and return to drug use following residential relapse prevention/health education treatment”. *Am J Drug Alcohol Abuse.*; 27(3): 453-82, Aug 2001
- Hatzitaskos P., “Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder” *Comprehensive psychiatry*, 40; 4: 278-82, 1999.
- Kernberg “*Aggressività, disturbi di personalità e perversioni*”, Cortina, Milano 1993
- McDougall J. “*I teatri del corpo*”, Cortina, 1993
- Nadeau L., Landry M., Racine S.: “Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction”. *Can J Psychiatry.*; 44(6): 592-6, Aug 1999
- Pettinati H.M., Pierce J.D. Jr., Belden P.P., Meyers K.: “The relationship of Axis II personality disorders to other known predictors of addiction treatment outcome”. *Am J Addict.*; 8(2): 136-47, Spring 1999
- Ronningstam E.F. (a cura di) “*I disturbi del narcisismo*”, Cortina, Milano 2001

- Rosenfeld H.A. “*Stati psicotici*”, Armando, Roma, 1973
- Rousenville, Weisman M.M., Kleber, Heterogeneity of Psychiatric Diagnosis in Treated Opiate Addicts, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, pp. 161-166, 1982
- Spielberger C.D., *State-Trait Anger Expression Inventory*, Comunian A.L.(a cura di), O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze 1998
- Treecce C., Assessment of ego functioning in studies of narcotic addiction, in Bellak L., Goldsmith L.A. (a cura di) *The broad scope of ego functioning assessment*, Wiley, New York, pp. 268-280, 1984
- Treecce C., Khantzian E.J., Psychodynamic factors in the development of drug dependence, in *Psychiatr. Clin. North Am.*, pp. 399-412, 1985
- Van der Bosch L.M., Verheul R., Van Den Brink W.: “Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates” *J Personal Disord.*; 15(5): 416-24, Oct 2001