



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI**

**FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA**

*PRESIDENTE: PROF. PAOLO CASTIGLIA*

**VALUTAZIONE CLINICA E TESTOMETRICA DELLE  
CARATTERISTICHE PSICOPATOLOGICHE,  
CARATTERIALI, DI TEMPERAMENTO E GLI STILI DI  
ATTACCAMENTO IN PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBO  
DA USO DI SOSTANZE CONFRONTATI CON UNA  
POPOLAZIONE “SANA”.**

**RELATORE:**

**DOTTORESSA ALESSANDRA NIVOLI**

**TESI DI LAUREA DI:**

**MATTEELLI MICHELE**

**ANNO ACCADEMICO 2016-2017**

# INDICE

<b>1.</b>	<b>La Tossicodipendenza ed il Disturbo da Uso di Sostanze</b>	<b>3</b>
1.1.1	Introduzione	3
1.1.2	Definizione di Tossicodipendenza e del DUS	3
1.1.3	Criteri diagnostici per il DUS secondo il DSM-V	4
1.1.4	Nosografia dei disturbi correlati all' Uso di Sostanze	5
1.1.5	Epidemiologia dell'uso di sostanze	7
1.1.6	Ipotesi eziopatogenetica del DUS	9
1.2	Doppia Diagnosi	14
1.2.1	Definizione	14
1.2.2	Studi	14
1.3	Disturbi dell'Umore	16
1.3.1	Definizione	16
1.3.2	Epidemiologia	16
1.4	Disturbi della Personalità	18
1.4.1	Definizione	18
1.4.2	Classificazione ed Epidemiologia	19
1.5	Disturbi della Personalità nei Disturbi dell'Umore	20
1.5.1	Studi	20
<b>2.</b>	<b>Obiettivi, Materiale e Metodi</b>	<b>22</b>
2.1	Razionale dello Studio	22
2.2	Ipotesi	22
2.3	Obiettivi	23
2.4	Materiale e Metodi	23
2.4.1	Selezione dei campioni	23
2.4.2	Casi	23
2.4.3	Controlli	24
2.5	Valutazione Clinica e Testometrica	25
2.5.1	Millon Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III)	25
2.5.2	Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R)	27
2.5.3	Parental Bonding Instrument (PBI)	30
2.5.4	Relationship Questionnaire (RQ)	31
<b>3.</b>	<b>Analisi Statistiche</b>	<b>32</b>
3.1	Caratteristiche socio-demografiche del campione	32
3.1.1	Tabella 1	33
3.1.2	Tabella 2	34
3.2	Analisi Descrittive	36
3.2.1	Tabella 3: MCMI-III	36
3.2.2	Tabella 4: PBI	39
3.2.3	Tabella 5: RQ	39
3.2.4	Tabella 6: TCI-R	40
<b>4.</b>	<b>Discussione</b>	<b>41</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>44</b>
<b>6.</b>	<b>Bibliografia</b>	<b>45</b>

## 1. LA TOSSICODIPENDENZA ED IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE (DUS)

### 1.1.1 INTRODUZIONE.

Da fenomeno isolato e condiviso da una minoranza di soggetti, la tossicodipendenza nel tempo è dilagata in ogni paese e classe sociale sfatando il mito che lo voleva relegato ai margini della società.

Inoltre, per gli enormi vantaggi che derivano alla malavita dalla produzione e smercio delle sostanze stupefacenti, la tossicodipendenza è sicuramente un problema politico e sociale.

Dal punto di vista sanitario, la gestione del soggetto tossicodipendente è di tipo multidisciplinare; infatti oltre alla specifica patologia “tossicodipendenza” il paziente è portatore di tutte le patologie che si accompagnano a questo comportamento: epatiti, affezioni polmonari, carenze nutrizionali, patologie gastrointestinale, odontopatie, disturbi di tipo sessuale, disturbi dell’umore e della personalità.

Il tossicodipendente quindi, deve essere fatto oggetto di un intervento sanitario specifico per la tossicodipendenza e di tanti altri interventi, sempre di carattere medico, quanti ne richiedono le sue malattie concomitanti.

### 1.1.2 DEFINIZIONE DI TOSSICODIPENDENZA E DEL DUS

Si può definire la tossicodipendenza come una malattia a decorso cronico recidivante, la quale consistente nell’assunzione compulsiva di sostanze nocive o il continuo reiterarsi di atteggiamenti patologici.

Il tossicodipendente ha un comportamento improntato ad un definito stile di vita centrato sulla droga di elezione; tale tendenza si manifesta con la comparsa di modificazioni comportamentali quali alterazioni dell’umore, del pensiero, delle percezioni, della vigilanza,

dell'attenzione, dell'attività psicomotoria, della capacità critica e del funzionamento sociale e lavorativo.

Nel nuovo DSM-5 vengono fuse le precedenti distinte categorie di Disturbo da uso di Sostanze e Disturbo da Addiction: viene adesso individuato un unico disturbo da uso di sostanze, misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi, quasi identici ai precedenti criteri, sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi.

Nel complesso, è stata aumentata la soglia del numero di criteri da soddisfare per porre diagnosi di disturbo da uso di sostanze: essa viene stabilita a due o più criteri, in contrasto con la soglia di uno o più criteri per una diagnosi di abuso di sostanze e tre o più per una diagnosi di dipendenza stabilita dal DSM-IV.

### 1.1.3 CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO DA USO DA SOSTANZE NEL DSM-5.

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;

- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;
- 10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:
  - a. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
  - b. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- 11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:
  - a. la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche);
  - b. la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

#### 1.1.4 NOSOGRAFIA DEI DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE

Nel 1980, il DSM-III considerava i Disturbi da Uso di Sostanze come una nuova classe diagnostica che si occupava dei cambiamenti comportamentali associati ad un uso regolare di sostanze agenti sul SNC. In base alla gravità del disturbo, si parlava di Abuso di Sostanze o di Dipendenza. In particolare la definizione di Dipendenza era strettamente collegata alla presenza dei fenomeni della tolleranza e dell'astinenza.

Nel 1994 il DSM-IV riclassifica questi disturbi in Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze, comprendendo in essi i disturbi correlati sia all'uso di una sostanza che agli effetti collaterali di un farmaco o all'esposizione ad una tossina. Con il DSM-IV, dunque, l'abuso di sostanze viene ancor più ad assumere un ruolo integrato nell'ambito dei disturbi mentali. Fra le sostanze implicate vengono compresi anche molti farmaci (anestetici, analgesici, anticonvulsivanti, antinfiammatori, ecc.) e sostanze tossiche. I Disturbi Correlati all'Uso di Sostanze possono essere suddivisi in due gruppi: Disturbi da Uso di Sostanze (Abuso e Dipendenza) e Disturbi Indotti da Sostanze (Intossicazione, Astinenza, Delirium, Demenza Persistente, Disturbo Amnestico Persistente, Disturbo Psicotico, Disturbo dell'Umore,

Disturbo d'Ansia, Disfunzione Sessuale, Disturbo del Sonno indotto da sostanze). Il DSM-IV raggruppa 11 classi di sostanze d'abuso: alcool, amfetamine, caffeina, cannabis, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenilciclidina (PCP), sedativi, ipnotici ed ansiolitici.

Oggi, all'interno dei disturbi da uso di sostanze, il criterio del DSM-IV relativo ai problemi legali ricorrenti collegati a sostanze è stato eliminato dal DSM-5 ed è stato aggiunto un nuovo criterio: Craving, o forte desiderio o spinta all'uso di una sostanza. Inoltre, sono stati inseriti degli indici di gravità: un disturbo da uso di sostanze lieve è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi.

Il cambiamento della gravità nel corso del tempo è anche rilevabile dalle riduzioni o dagli aumenti nella frequenza e/o dose di sostanza usata, valutati tramite il resoconto diretto dall'individuo interessato, il resoconto di altri esperti, le osservazioni del clinico e test biologici.

Un'altra importante differenza rispetto ai manuali diagnostici del passato è che il capitolo sui disturbi correlati a uso di sostanze è stato ampliato per comprendere il disturbo da gioco d'azzardo. Il Gioco D'Azzardo Patologico (GAP), secondo la definizione del DSM-IV, è un disturbo del controllo degli impulsi, che consiste in un comportamento di gioco persistente, ricorrente e maladattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative.

La nuova edizione del DSM-5 ha riclassificato il gioco d'azzardo patologico nell'area delle dipendenze (addictions) per le similarità tra il GAP e le dipendenze da alcol e altre sostanze d'abuso. Per la precisione, in clinica, il disturbo non viene più definito "gioco patologico" ma "disordered gambling" (gioco problematico).

Inoltre, anche in questo caso, l'aver commesso atti illegali non è più considerato uno dei criteri per la diagnosi del gioco d'azzardo patologico. Questo cambiamento riflette la crescente e consistente evidenza che alcuni comportamenti, come il gambling, attivano il sistema di ricompensa del cervello, con effetti simili a quelli delle droghe e che i sintomi del disturbo da gioco d'azzardo assomigliano in una certa misura a quelli dei disturbi da uso di sostanze.

### 1.1.5 EPIDEMIOLOGIA DELL'USO DI SOSTANZE

Il fenomeno dell'abuso di sostanze è ubiquitario, quindi la sua reale quantificazione nella popolazione generale rappresenta un problema di crescente difficoltà per la ricerca epidemiologica. Inoltre la presenza di soggetti che attuano un uso controllato della sostanza e presentano un funzionamento sociolavorativo adeguato e di altri sottogruppi che non rientrano nelle categorie un tempo considerate più a rischio di tossicodipendenza ha ulteriormente complicato l'identificazione della popolazione tossicomane.

Le ricerche epidemiologiche hanno, tuttavia, consentito di delineare con discreta attendibilità i tassi di prevalenza (rapporto tra numero totale di casi per un dato periodo e popolazione a rischio) e di incidenza (rapporto tra numero di nuovi casi per un dato periodo e popolazione a rischio) dell'uso di sostanze, la sua distribuzione nella popolazione, la composizione dei gruppi di abusatori in termini di età, sesso, razza ed etnia, le tendenze dell'uso attraverso gli anni.

L'inizio dell'uso di sostanze avviene preferenzialmente in età adolescenziale e nella prima età adulta. In concomitanza con una fase critica per lo sviluppo psicofisico, gli adolescenti si trovano nella necessità di imporre la propria individualità e di conformarsi alle norme dei coetanei. Queste esigenze, tra loro in conflitto, rendono la popolazione adolescente particolarmente a rischio di una pratica tossicomane, in media prima dei 23 anni.

L'uso di sostanze legali precede spesso quello di sostanze illecite (ad es. sigarette ed alcool precedono l'uso di cannabis). Vari elementi socioculturali influenzano marcatamente l'inizio di una pratica tossicomane. La presenza di modelli di comportamento consolidati nella popolazione giovanile che prevedano l'uso di sostanze rappresenta un importante fattore predittivo di abuso negli adolescenti, che vengono comunemente iniziati all'uso di droghe da coetanei. L'uso di sostanze da parte dei genitori si correla con un elevato rischio tossicomane nei figli. Alcuni studi hanno evidenziato più elevati tassi di abuso in adolescenti cresciuti in ambienti dove questo risultava intenso, ma anche in ambienti ove era praticata una rigida e totale astensione.

Anche elementi di ordine psicopatologico sembrano fortemente correlati con un precoce inizio dell'uso di sostanze: in generale si può affermare, come risulta da vari studi su pazienti abusatori o dipendenti da sostanze, che più della metà di essi manifesta una comorbilità

psichiatrica, che condiziona una peggiore adesione e risposta al trattamento. La depressione, ad esempio, è l'aspetto psicopatologico più rappresentato nel tossicodipendente da eroina.

Esistono differenze legate al sesso nell'abuso di sostanze illecite: nei maschi 31%, nelle femmine 27%. I maschi presentano un maggior uso complessivo di sostanze ed in particolare tassi d'uso più elevati di marijuana, LSD ed altri allucinogeni, stimolanti e cocaina, inalanti, eroina ed alcolici. L'uso di tabacco, tranquillanti ed analgesici risulta sovrapponibile nei due sessi. Le donne ottengono più frequentemente sostanze e farmaci d'abuso per via lecita attraverso prescrizioni mediche: più del 70% di tutti i farmaci psicotropi è prescritto dai medici per pazienti di sesso femminile. È generalmente accettato che l'alcool sia la sostanza d'abuso più diffusa tra gli anziani. Sembra, infatti, che il 2-10% della popolazione anziana abusi di alcool. Coloro che sviluppano alcolismo in età avanzata hanno maggiore probabilità di appartenere ad uno strato socioeconomico più elevato, mostrano un minor carico di etilismo nella storia familiare e presentano una maggior probabilità di recupero rispetto a coloro che diventano alcolisti più precocemente.

Le altre sostanze di abuso comprendono barbiturici, benzodiazepine, analgesici, oppioidi e tranquillanti. Gli anziani soffrono più frequentemente di morbilità e mortalità legate ad intossicazione accidentale o intenzionale.

Spesso la dipendenza da farmaci costituisce una complicanza iatrogena derivata da inopportune prescrizioni di benzodiazepine per sedare l'ansia o indurre il sonno.

Si è delineata una graduale riduzione del consumo del vino in luogo di un progressivo aumento dell'uso di superalcolici e di birra. Questo aumento potrebbe essere ascrivibile all'acquisizione, nel nostro paese, di modelli socioculturali transeuropei a partire dagli anni '70, che hanno gradualmente prodotto nel tempo ripercussioni significative sulle nostre tradizionali abitudini potatorie. Più precisamente, la fascia giovanile sembra più incline all'uso di birra e di superalcolici a scopi ricreativi sino alla manifestazione di condotte abnormi, favorite anche dalla mancanza di una adeguata legislazione volta a contenere l'importazione, la distribuzione e la vendita di queste bevande. Si ritiene che circa il 20% della popolazione italiana beva in maniera disregolata e almeno 1/3 di questa percentuale sarebbe rappresentata da alcolodipendenti.



### 1.1.6 IPOTESI EZIOPATOGENETICA DEL DUS:

In questi ultimi decenni, il malessere individuale che inevitabilmente si accompagna alle persone con comportamento di abuso e dipendenza di sostanze ha assunto varie forme e modalità di espressione.

In particolare, verso la fine del secondo millennio esso si è sempre più caratterizzato come un complesso sempre meno omogeneo di alterazioni, indissolubilmente tra loro associate, del comportamento sociale, dei meccanismi di funzionamento psichico e spesso, anche, del funzionamento neuroendocrino.

In tal modo, i preesistenti disturbi "isterici" e "nevrotici" sono stati riassorbiti nella nosografia psichiatrica all' interno di nuove e più ampie categorie. Sempre più si è parlato di stati o condizioni "di confine" ("borderline") tra le classiche categorie nevrotiche e psicotiche; e, soprattutto, in misura sempre maggiore, il disagio psichico individuale si è accompagnato a comportamenti di abuso di alcool e di altre sostanze psicoattive.

La ricerca, in relazione a questi fenomeni, si rivela pertanto come la sola possibile strada per interpretarli senza bloccarsi in sterili considerazioni teoriche o ancor peggio ideologiche, di fatto prive di qualunque capacità di comprensione reale e quindi anche, conseguentemente, di intervento terapeutico efficace: essa può inoltre fornire un fondamentale contributo al sorgere di nuove e più incisive iniziative di carattere preventivo, per consentire in modo sempre più adeguato la valutazione e l'accreditamento dei Servizi pubblici e privati chiamati ad intervenire in questi ambiti di problematicità, che si sviluppano soprattutto, in modo manifesto, intorno a quel delicatissimo periodo dello sviluppo individuale che viene generalmente indicato con il termine di "adolescenza".

Molte problematiche adolescenziali, in particolare riguardo alla identità, alle relazioni e alla sessualità, sembrano peraltro radicarsi specificatamente nell'insicurezza dell'attaccamento con la madre (Ainsworth M.D.S et al, 1978; Bowlby J. et al, 1975). Nelle storie che hanno preceduto l'esordio della tossicodipendenza, e dei disturbi di personalità che con essa sono associati, non è infatti difficile ravvisare condizioni di alterato accudimento materno: l'accudimento mancato, l'accudimento soltanto mimato, o un accudimento intrusivo, possessivo e carico di frustrazioni che trasforma una profonda relazione interpersonale in un rapporto strumentale.

E ancora l'assetto della vita familiare, in cui uno spazio sempre più ridotto viene riservato alle relazioni interpersonali, l'intrusione dei media nel tempo libero della famiglia, insieme con un malinteso senso dell'autonomia e della responsabilizzazione del bambino, conducono ad uno scarso coinvolgimento dei genitori nella vita dei figli: la convivenza e il dialogo si limitano agli aspetti di superficie, alla organizzazione del quotidiano e alle risposte ai bisogni concreti espressi dai bambini.

A questo proposito i dati del Center of Addiction and Substance Abuse (CASA - Columbia University -New York) sottolineano il fatto che gli adolescenti non disponibili alla cannabis e all'abuso di alcool hanno genitori profondamente coinvolti nella loro esistenza e nei loro progetti.

Anche l'assenza del padre, che spesso delega completamente alla partner l'educazione e l'accudimento dei figli, in particolare nell'infanzia prescolare, sembra aprire la strada ad una condizione di insicurezza che influenzerà le competenze sociali dell'adolescente; nostri studi su adolescenti che avevano sofferto della completa assenza del padre a partire dalla prima infanzia hanno mostrato significative alterazioni neuroormonali in risposta allo stress (Ainsworth M.D.S. et al, 1978), non dissimili da quelle verificate negli adolescenti con ansia e frustrazione (Gerra G. et al, 1992).

La cristallizzazione delle relazioni familiari, caratterizzate dal prevedibile, dal banale e dallo "scontato", insieme ad un notevole impoverimento della comunicazione emozionale e della percezione del trascendente, anche in senso laico, riducono progressivamente lo spazio degli adolescenti per acquisire considerazione di se', rispondere ai quesiti di senso e immaginare un proprio futuro.

Una intensa crisi dell'autorevolezza, e con essa dell'autorità, affligge genitori e insegnanti: gli adulti abdicano al loro ruolo e sono disillusi rispetto alla necessità di trasmettere convinzioni ed elementi valoriali: gli adulti "si accontentano" di ridotte aspettative nei confronti dei bambini e degli adolescenti; le aspettative "forti" non vengono comunicate nè condivise; tutti i processi di relazione che consentivano, anche attraverso il conflitto, una solida identificazione e una conseguentemente sicura separazione, con l'elaborazione di una progettualità autonoma e matura, sono disattivati da questa "latitanza" degli adulti.

La relazione adulto-ragazzo spesso si limita ad un "contratto" che consente di barattare profitto scolastico e osservanza di regole comportamentali in cambio di denaro: l'immagine della famiglia, prima di tutto, e non il benessere interiore dei suoi membri, e la centralità del denaro, con le sue capacità taumaturgiche, dominano già la scena che chi opera con i

tossicodipendenti ben conosce. Lo stesso denaro servirà a comprare una sostanza capace di indurre una immagine esterna di se' non corrispondente alle difficoltà interne, e di garantire un formale rispetto delle regole dell'integrazione sociale.

I percorsi educativi che non includono la formazione ad affrontare la fatica e lo sforzo, la capacità di ottenere risultati con impegni coerenti e quotidiani, la capacità di dilazionare la fruizione delle gratificazioni, e che non si articolano all'interno di una forte relazione tra adulto e bambino sembrano condurre, nel nostro tempo, alla definizione di una alterata soglia della gratificazione in un grande numero di individui: le situazioni del quotidiano appaiono a un crescente numero di adolescenti noiose, grigie, prive di senso e attrattiva; soltanto le condizioni "estreme", a forte impatto emozionale, paiono mantenere la loro capacità di "rinforzo".

La stessa scuola sottovaluta la possibilità di trarre dai curricula e dagli elementi disciplinari le aree tematiche che possano fungere da sorgenti valoriali: il percorso educativo nella scuola dunque rischia di non offrire quei riferimenti che possono colmare il vuoto culturale in cui molti adolescenti stanno crescendo: anche le attività di prevenzione sono spesso attuate in un clima di vuoto culturale e considerate come attività aggiuntive rispetto al ruolo istituzionale della scuola.

In relazione a questi atteggiamenti, un notevole incremento di disturbi in cui si ravvisano le caratteristiche del comportamento "novelty seeking" o "sensation seeking" viene registrato recentemente tra gli adolescenti, e questo in associazione con l'incremento del disturbo di iperattività con deficit di attenzione.

Tra i cambiamenti consistenti del percorso di crescita degli adolescenti, capaci di originare nuove forme di disagio, non va dimenticata la progressiva anticipazione della pubertà, con notevole riduzione dell'età del menarca, che espone gli individui alla burrasca psicobiologica, caratteristica del periodo puberale, in una fase in cui capacità cognitive, mondo relazionale e percezione della propria identità sono ancora quelle dell'infanzia.

Questa anticipazione, associata ad un sempre maggior ritardo dell'autonomia economica dei giovani, prolunga in modo abnorme il periodo dell'adolescenza, con conseguenze oggi ancora difficilmente misurabili.

Anche nell'ambito della assunzione dell'identità sessuale e dell'accettazione del proprio corpo si vanno strutturando nuove disfunzioni e disturbi, non facilmente inquadrabili tra le forme psicopatologiche classiche, che spesso si incontrano nella storia che ha preceduto e

accompagnato l'impiego delle sostanze e la dipendenza: il vuoto lasciato dalla scomparsa dei modelli di sessualità connessa con i ruoli sociali non è stato colmato da una nuova e stabile concezione riguardo alla virilità e alla femminilità. In un ambito sempre più esteso la sessualità e la genitalità sono percepite ed agite senza connessione con aspetti affettivo-emozionali e progettuali.

Violenza e sessualità sono spesso proposte come binomio dai media e dalla realtà sociale, aggiungendo altri pesanti cofattori alle difficoltà di strutturazione interiore degli adolescenti. Di fronte a questa realtà molti giovani stentano ad abbandonare la rassicurante visione del mondo tipica dell'infanzia, egocentrica e priva di confronto con l' "alterità", rimandando il confronto con l'accettazione degli altri e di sé, in quanto entità distinte, e della dimensione etero-sessuale.

Ci troviamo dunque di fronte ad adolescenti soli, perduti in un deserto emozionale, e spesso privi della percezione di un futuro possibile, costruito in modo unitario, seguendo riferimenti valoriali e coordinate impegnative.

E questo in modo paradossale mentre gli stessi standard sociali impongono l'esigenza di essere intelligente, brillante, profondo, sensibile, socievole e comunicativo: una realtà molto lontana e che, non è difficile cogliere la connessione, si può immaginare di avvicinare attraverso "scorciatoie farmacologiche" oggi sempre più specifiche e variegate.

Un crescente numero di valutazioni retrospettive e di studi prospettici suggeriscono che la comparsa dei sintomi della personalità antisociale (ASP) o della iperattività con deficit di attenzione (ADHD) avvenga in età antecedente all'inizio dell'impiego di sostanze (Luthar S.S. et al, 1992; Klein R.G. et al, 1991). Anche i disturbi affettivi nell'adolescente potrebbero essere, in riferimento ad un'altra tipologia diagnostica di pazienti, preesistenti allo sviluppo dei disturbi additivi ( Luthar S.S. et al, 1992; Fishbein D.H. et al, 1989): tale relazione cronologica è più difficile da cogliere se si pensa che ridotta autostima, frustrazione e atteggiamenti depressivi sono spesso inespressi negli adolescenti e "coperti" da comportamenti reattivi.

Interazioni povere o poco intense nella prima e nella seconda infanzia sono ritenute predittori stabili ed attendibili di molte forme di rischio psicologico e sociale che si manifestano con l'aggressività nell'età adolescenziale ed adulta (Parker J.G. et al, 1987).

La condizione di impopolarità si accompagna inoltre alla iperattività, alla tendenza ad una caduta della stima di sé, alla depressione-isolamento e alle condotte immature e dipendenti

(Asher S.R. et al, 1990). Altri studi evidenziano l'incapacità dei bambini rifiutati ad anticipare le conseguenze dei propri comportamenti, non utilizzando essi il modello antecedente-consequente che permette di prevedere i risultati di una azione nell'interpretazione della realtà (Fonzi A. et al, 1993).

Altri disturbi o condizioni problematiche si presentano in elevata frequenza nella storia dei tossicodipendenti: le difficoltà della identificazione sessuale e della evoluzione del rapporto con il genitore di sesso opposto; l'assenza della relazione con uno dei genitori; un difficile sviluppo del rapporto con il gruppo di pari (passaggio da monosessuato a eterosessuato); la caduta del tono motivazionale rispetto allo studio e allo sport; i disturbi dell'alimentazione; diverse di queste condizioni, espressione di disagio adolescenziale, sono di comune riscontro nel periodo che ha preceduto l'esordio dell'abuso di sostanze, e si possono significativamente correlare con il successivo sviluppo di ancor più gravi e conclamate patologie d' interesse non più solo tossicomane ma anche esplicitamente psichiatrico.

Ad esempio, In uno studio quadriennale condotto in Israele dal 1989 al 1992 compresi su n. 53.379 soggetti ricoverati all'interno di comunità e ospedali psichiatrici si è trovata una comorbidità con l' uso di alcool e di sostanze stupefacenti del 13,2 % per i maschi e del 3,6 % per le femmine ( Rabinowitz J. et al, 1996).

Uno studio della Prof. Vukov (Vukov M. et al, 1995) ha evidenziato che il 41-43% dei tossicodipendenti soffre di Disturbi della Personalità. Fra i consumatori di eroina il 32% presenta Distimia mentre il 59% soffre di Disturbi Antisociali.

In un altro studio, condotto su un campione di 716 soggetti (Brooner R.K. et al, 1997), si è rilevata comorbidità psichiatrica nel 47% dei pazienti (per la precisione nel 47% delle femmine e nel 48% dei maschi): le diagnosi più frequenti sono state il disturbo di personalità antisociale nel 25,1 % dei casi, e la depressione maggiore nel 15,8%. Le sostanze più frequentemente utilizzate erano la cocaina e l'eroina.

## 1.2 DOPPIA DIAGNOSI

### 1.2.1 DEFINIZIONE

Le dipendenze patologiche da sostanze e le psico-patologie ad esse correlate presentano, per loro natura, una connotazione d'intrinseca complessità. Esse derivano, infatti, dal convergere, nel singolo consumatore: degli specifici effetti farmaco-tossicologici delle sostanze d'abuso; della peculiare vulnerabilità psico-biologica del paziente; di numerosi e disparati fattori socio-ambientali, con effetti modulanti il comportamento d'abuso, ma anche l'insorgere e l'evolversi del quadro psico-patologico correlato (Manna V. et al, 2002).

La comorbilità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come la coesistenza, nel medesimo individuo, di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico. Questi pazienti hanno esigenze particolari di trattamento, e rappresentano una sfida per le risorse terapeutiche dei clinici, perchè presentano più bassa compliance ai trattamenti e percentuali più elevate di ospedalizzazione.

### 1.2.2 STUDI

Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti sottolineano come i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscano l'uno con l'altro e si influenzino vicendevolmente: in alcune ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità di solito si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze, accentuando la suscettibilità individuale a tali problemi (Bakken K. et al, 2003); tuttavia, i disturbi psichiatrici possono essere anche aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti (Kessler R.C. et al, 2001) oppure possono manifestarsi in parallelo.

Quindi, in linea generale, la relazione che lega tossicodipendenza e disturbo psichiatrico può essere di vario tipo.

In un primo caso, la tossicodipendenza può essere conseguenza di una problematica psichiatrica (autoterapia). In questo senso molti pazienti tentano di curare il loro disturbo mentale da soli e l'uso della sostanza subentra in un secondo momento.

In una seconda condizione le sostanze possono precedere, causare o slantizzare una sintomatologia psichiatrica indotta da un'intossicazione, da una crisi d'astinenza o dagli effetti persistenti del consumo prolungato della sostanza. L'intensità e la durata dei sintomi psichici sono determinate dal tipo di sostanza usata, dalla sua quantità e dalla durata del consumo.

Infine, il disturbo mentale e la tossicodipendenza possono essere paralleli e la causalità del tutto indipendente; in genere poi interagiscono aggravandosi a vicenda.

Per quanto riguarda i disturbi dell'umore, sono il tipo di disturbo psichiatrico più spesso in comorbidità con i DUS: la depressione può indurre abuso di sostanze come tentativo di automedicazione, o può a sua volta causare depressione, disforia, ansia e la così detta sindrome amotivazionale; il disturbo bipolare è presente soprattutto con quadri clinici caratterizzati da tratti più marcatamente ansiosi e da spiccata impulsività.

Le evidenze della letteratura indicano che circa 2 pazienti bipolari su 3 (60-65%) incontreranno una sostanza durante il proprio decorso clinico (Clerici M. et al, 2006).

Anche i disturbi d'ansia hanno una buona comorbilità con l'uso di sostanze: come dimostrato in diversi studi (Ogborne et al., 2000; Gandhi et al., 2003; Tournier et al., 2003) i pazienti che presentano un disturbo d'ansia tendono ad assumere principalmente sostanze ad azione sedativa con giustificazioni auto-terapiche improprie.

In letteratura è riportata una stretta relazione tra DAP (disturbo da attacchi di panico) e uso/abuso di cannabis con aumento, rispetto alla popolazione generale, sia del numero degli attacchi di panico che della durata della malattia. Tale relazione viene spesso sottostimata e misconosciuta dagli assuntori che attribuiscono erroneamente proprietà ansiolitiche ai cannabinoidi (Zvolensky, M.J. et al, 2010).

## 1.3 DISTURBI DELL' UMORE

### 1.3.1 DEFINIZIONE

L'umore rappresenta la tonalità affettiva percepita dal soggetto e ha una connotazione sia temporanea, in relazione a particolari circostanze, che duratura, che condiziona stabilmente l'esistenza. È definita come un'emozione pervasiva e duratura che colora la percezione che il soggetto ha del mondo.

I Disturbi dell'Umore (DU) comprendono un gruppo eterogeneo di malattie altamente invalidanti e con elevatissimo impatto sociale (Greenberg et al., 1993; Judd et al., 1996; Sartorius, 2001; Ustun, 2001; Ustun et al., 2004), la cui eziologia è multifattoriale.

Sono caratterizzati da alterazioni clinicamente significative del tono dell'umore, tali da essere disfunzionali e sproporzionate rispetto allo stimolo per intensità e/o durata; sono associati a sintomi della sfera cognitiva, psicomotoria e neurovegetativa, e sono fluttuanti attraverso un continuum psicopatologico che può variare da un severo stato di depressione, perdita dell'interesse, di piacere (episodi depressivi), fino a un'abnorme esaltazione del tono dell'umore con aumento dell'energia, tachipsichismo, irritabilità (episodi maniacali o ipomaniacali), spesso accompagnato da alterazioni del pensiero e del comportamento (psicosi).

Gli attuali sistemi di classificazione internazionale (ICD-10, DSM-5) identificano fondamentalmente due grandi classi: i Disturbi Depressivi Unipolari, i cui i sintomi sono ascrivibili alla sola polarità depressiva, e i Disturbi Bipolari, in cui vi è un'alternanza di episodi depressivi ed episodi maniacali, ipomaniacali o misti (ovvero caratterizzati dalla contemporanea presenza di entrambe le polarità).

### 1.3.2 EPIDEMIOLOGIA

I Disturbi dell'Umore costituiscono un'importante causa di morbidità: ogni anno circa il 10% della popolazione adulta sperimenta un episodio depressivo; inoltre si registra un significativo impatto sulla salute pubblica, contribuendo a circa l'11% di tutte le inabilità, sia in termini di



costi diretti (risorse terapeutiche e servizi utilizzati per le cure), sia in termini di costi indiretti (perdita di produttività lavorativa, suicidio).

Gli episodi depressivi sono destinati a diventare nel 2020 la seconda causa medica di disabilità a livello mondiale (WHO, 2004) e si prospetta il possibile raggiungimento del primo posto nel 2030 (WHO, 2008). Nonostante questo, si stima che solo il 60-70% dei casi giunga all'osservazione del medico, che la percentuale che riceve un corretto inquadramento diagnostico sia ancora inferiore (30-35%) e che meno del 10% riceva un trattamento soddisfacente (Möller et al., 2012), sebbene queste condizioni, anche nelle forme più lievi, possano determinare alti livelli di sofferenza soggettiva, compromissione del ruolo sociale e familiare, graduale deterioramento della qualità di vita, e possano condurre a gravi complicanze, come l'abuso di alcool e di sostanze stupefacenti, e nei casi più seri, il suicidio.

I Disturbi dell'Umore sono i disturbi psichiatrici a più alta prevalenza, poiché contribuiscono al 5% dei pazienti nei servizi pubblici di salute mentale, al 65% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali, e al 10% di tutti i pazienti visitati in strutture mediche non psichiatriche.

Il Disturbo più frequente è rappresentato dal Disturbo Depressivo Maggiore Unipolare e dalle sue varianti, che colpisce circa il 10% della popolazione, con un'incidenza doppia nel sesso femminile; può esordire a qualsiasi età ma la prevalenza aumenta marcatamente con la pubertà.

Il Disturbo Bipolare, invece, ha una prevalenza nella popolazione generale inferiore al 2%, ma le nuove stime sono vicine al 4-5% fino ad un 10% a seconda dei sistemi di diagnosi; gran parte dei Disturbi Bipolari, inoltre, esordiscono con un episodio depressivo, e solo successivamente manifestano la polarità maniacale, quindi una corretta diagnosi all'esordio è spesso complicata.

## 1.4 DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

### 1.4.1 DEFINIZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la personalità come “una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dello sviluppo e dell'esperienza sociale”.

Il DSM-5 definisce invece i tratti di personalità come “pattern costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali. Soltanto quando i tratti di personalità sono rigidi e disadattivi e causano una significativa compromissione funzionale o un disagio soggettivo, denotano disturbi di personalità”.

La personalità è un sistema organizzato in costante evoluzione e cambiamento. È oggi ampiamente accettato che la personalità si sviluppi attraverso la reciproca interazione di fattori ereditati e le costanti influenze ambientali.

Da un punto di vista strutturale la maggior parte degli autori afferma che la personalità consista in temperamento, carattere ed intelligenza insieme. In termini più semplicistici, il temperamento rifletterebbe il contributo biologico del funzionamento psichico, stabile e presente già dalla nascita; il carattere rifletterebbe il contributo sociale e culturale, ovvero il funzionamento abituale dell'individuo; l'intelligenza, invece, impregnerebbe entrambi i contributi, modificando complessivamente le funzioni della personalità.

I Disturbi della Personalità rappresentano una variante disadattiva dei tratti di personalità, nel momento in cui un soggetto supera certe soglie definite da specifici criteri: un Disturbo della Personalità si configura, quindi, come un modello di esperienza interiore e di comportamento caratterizzato dalla compromissione del funzionamento della personalità e dall'espressione dei tratti di personalità patologici inflessibili e pervasivi in una vasta gamma di situazioni personali e sociali, stabile nel tempo con insorgenza almeno nell'adolescenza o nella prima

età adulta, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, e non può essere spiegato da un altro disturbo mentale o determinato dall'uso di sostanze o da condizioni mediche (DSM-5).

#### 1.4.2 CLASSIFICAZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

Non esiste gruppo demografico immune ai disturbi della personalità; si stima che la prevalenza nella popolazione generale vada dall'11 al 23%, variando in base all'accuratezza dell'indagine diagnostica eseguita ed in funzione dei parametri in considerazione.

Questo si traduce col fatto che nei centri urbani quasi un individuo su 4 sia affetto da disturbi della personalità; tali individui subiscono un cronico deterioramento delle loro abilità lavorative, socio-affettive e globali.

La quinta edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) dell'Associazione degli Psichiatri Americani (APA), introduce un approccio dimensionale, a differenza dell'approccio categoriale utilizzato precedentemente. Questo consente di misurare l'intensità dei tratti di personalità e si basa sull'assunto che ogni individuo si può porre su un continuum che rappresenta l'intero spettro delle dimensioni della personalità.

Secondo la classificazione del DSM-5 si distinguono tre gruppi principali o Clusters (A, B, C) in cui si possono classificare i disturbi di personalità.

Il Cluster A è caratterizzato da comportamenti considerati strani, eccentrici o paranoici e dalla tendenza del soggetto all'isolamento e alla diffidenza. Vi appartengono:

1. Disturbo di Personalità Paranoide
2. Disturbo di Personalità Schizoide
3. Disturbo di Personalità Schizotipico

Il Cluster B è caratterizzato da comportamenti drammatizzanti, oltre che da mancanza di empatia e altruismo da parte del soggetto; gli individui con questi disturbi spesso appaiono emotivi, melodrammatici o imprevedibili. Vi appartengono:

1. Disturbo di Personalità Antisociale

2. Disturbo di Personalità Borderline
3. Disturbo di Personalità Istrionico
4. Disturbo di Personalità Narcisistico

Il Cluster C è caratterizzato da comportamenti ansiosi e paurosi e da una bassa autostima del soggetto. Vi appartengono:

1. Disturbo di Personalità Evitante
2. Disturbo di Personalità Dipendente
3. Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo.

## 1.5 DISTURBI DELLA PERSONALITÀ NEI DISTURBI DELL' UMORE

### 1.5.1 STUDI

La letteratura attuale si è già occupata della comorbidità dei Disturbi di Personalità nei Disturbi dell'Umore: gli studi hanno riportato percentuali di prevalenza variabili, a seconda dei campioni esaminati e, soprattutto, della metodologia utilizzata per la formulazione della diagnosi dei Disturbi di Personalità. In una recente revisione meta-analitica di 122 studi attuati dal 1988 al 2010, gli autori hanno riportato che:

Il Disturbo Bipolare ha presentato con maggiore frequenza Disturbi di Personalità del Cluster B e C, anche se il Cluster C era dominante nel Disturbo Depressivo e nella Distimia;

Per quanto riguarda gli specifici Disturbi di Personalità, gli autori hanno evidenziato che il Disturbo Paranoide, Borderline, Istrionico e Ossessivo-Compulsivo erano più frequenti nel Disturbo Bipolare;

Il Disturbo Evitante era più rappresentato tra i pazienti con Depressione Unipolare (Friborg et al., 2014).

Secondo un altro studio, invece, il 51% dei pazienti con disturbo depressivo unipolare e il 38% dei bipolari hanno soddisfatto i criteri per una comorbidità con disturbi di personalità: i tre disturbi riscontrati con maggiore frequenza sono stati l'ossessivo-compulsivo e il borderline sia nei bipolari che negli unipolari, il disturbo narcisistico nei pazienti bipolari e l'evitante (e in generale disturbi del Cluster C) negli unipolari (Brieger et al., 2003).

La prevalenza dei disturbi di personalità evitante, borderline e ossessivo-compulsivo in pazienti con Disturbi dell'Umore è confermata anche da altri studi (Rossi et al., 2001), in particolar modo il disturbo evitante (Battaglia et al., 1996; Oldham et al., 1995; Goodwin et al., 1990; Maier et al., 1992). Nonostante questi tre disturbi siano tra i più frequenti sia nei pazienti bipolari che negli unipolari, nei due gruppi sono distribuiti con diverse prevalenze (Rossi et al., 2001).

Inoltre sembra che la maggiore gravità della depressione sia correlata più frequentemente alla presenza di disturbi di personalità (Brieger et al., 2003).

La presenza simultanea di un Disturbo di Personalità in pazienti con Disturbi dell'Umore ha delle importanti implicazioni cliniche: in primo luogo contribuisce alla disabilità globale dell'individuo in termini di numero di anni persi a causa di disabilità (DAILY- number of life years lost due to disability) (Wittchen et al., 2011). Tale comorbidità, inoltre, peggiora la prognosi del Disturbo dell'Umore (Holzel et al., 2011; Skodol et al., 2011), interferendo negativamente con il trattamento (sia la risposta che l'aderenza del paziente) (Pompili et al., 2009; Newton-Howes et al., 2006), implica una maggiore gravità e complessità dell'espressione sintomatologica e inficia il funzionamento sociale e lavorativo (Cummings et al., 2011; Markowitz et al., 2007; Skodol et al., 2005), indebolisce enormemente l'alleanza terapeutica tra il medico ed il paziente (Bienenfeld, 2007; Cummings et al., 2011; Martino et al., 2012).

Uno dei rischi maggiori che questa comorbidità implica è quello suicidario. Gli studi concordano che la presenza di uno o più Disturbi di Personalità nei pazienti affetti da Disturbi dell'Umore, sia bipolari che unipolari, aumentino significativamente (circa il doppio) il rischio suicidario, sia valutato life-time che in maniera prospettica (Jylha et al., 2015).

## 2. OBIETTIVI, MATERIALE E METODI

### 2.1 RAZIONALE DELLO STUDIO

I dati di letteratura e l'esperienza clinica indicano che la presenza un Disturbo da Uso di Sostanze complica l'inquadramento diagnostico nei pazienti affetti da un disturbo psichiatrico, la gestione clinica e la scelta del trattamento, includendo la prognosi del paziente.

Poichè non siamo ancora in grado di evidenziare un forte nesso di causalità che sancisca una relazione unanime tra DUS e sviluppo di patologie psichiatriche, il proposito di questo studio, è quello di studiare le caratteristiche psicopatologiche generali, personologiche, temperamentali e gli stili di attaccamento in una popolazione di soggetti affetti da Disturbo da Abuso di sostanze confrontati con una campione di controllo.

### 2.2. IPOTESI

L'ipotesi del nostro studio è quella di trovare, all'interno del gruppo di Casi, risultati in linea con la letteratura scientifica per quanto riguarda la prevalenza dei disturbi psichiatrici e di personalità; ci aspettiamo inoltre di avere una significatività statistica che discrimini gli stili genitoriali dei Casi da quelli dei Controlli.

## 2.3. OBIETTIVI

Gli obiettivi del presente studio sono i seguenti:

1. Studiare la prevalenza di disturbi psichiatrici e disturbi di personalità in soggetti con DUS
2. Studiare le differenze e le similarità tra i due gruppi in esame (Casi-Controlli) in funzione di:
  - a) Temperamento
  - b) Carattere
  - c) Stili di Attaccamento
  - d) Modelli Genitoriali

## 2.4. MATERIALI E METODI

### 2.4.1. SELEZIONE DEI CAMPIONI

Uno studio osservazionale analitico di valutazione trasversale è stato condotto esaminando i risultati testometrici ottenuti da due popolazioni a confronto: i Casi, pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (150 soggetti di cui 132 maschi e 18 femmine); i Controlli, individui in salute e socialmente integrati (68 soggetti di cui 40 maschi e 28 femmine).

### 2.4.2. CASI

150 individui affetti da Disturbo da Uso di Sostanze appartenenti alla popolazione sarda sono stati reclutati presso la comunità agricolo-pastorale del Mondo X Saedegna di S' Aspru

(Siligo). Questa si compone di una popolazione media di circa trenta ragazzi, impegnati in un programma di recupero psico-sociale che si compie di norma nell' arco di tre o quattro anni.

**Criteri di inclusione:**

1. Soggetti di entrambi i sessi
2. Età >18 anni
3. Diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (secondo i criteri del DSM-IV)
4. Accettazione delle modalità dello studio e firma del consenso informato

**Criteri di esclusione**

1. Rifiuto di partecipare allo studio
2. Scarsa conoscenza della lingua italiana o altre difficoltà nella comunicazione verbale, scarsa capacità di collaborazione
3. Deterioramento cognitivo anche medio (MMSE <28) e/o ritardo mentale
4. Gravi patologie somatiche concomitanti includendo insufficienza renale e Parkinson in trattamento con L-dopa

### 2.4.3. CONTROLLI

Individui sani e socialmente integrati reclutati, in parte presso l' Università degli Studi di Sassari (sia studenti che specializzandi), in parte all'interno della popolazione generale (lavoratori e disoccupati-volontari).

**Criteri di inclusione:**

1. Soggetti di entrambi i sessi
2. Età >18 anni
3. Accettazione delle modalità dello studio e firma del consenso informato

**Criteri di esclusione:**

1. Rifiuto di partecipare allo studio



2. Scarsa conoscenza della lingua italiana o altre difficoltà nella comunicazione verbale, scarsa capacità di collaborazione
3. Deterioramento cognitivo anche medio (MMSE <28) e/o ritardo mentale
4. Pregresso ricovero in una Clinica Psichiatrica
5. Precedenti Penali.

## 2.5. VALUTAZIONE CLINICA E TESTOMETRICA

I pazienti sono stati valutati clinicamente attraverso interviste di valutazione clinica. La diagnosi e la severità della patologia sono state confermate con colloqui e attraverso la consultazione delle cartelle cliniche.

Sono state somministrate le seguenti scale cliniche e questionari:

1. Millon Clinical Multiaxial Inventory - III (MCMI-III)
2. Temperament and Character Inventory revised (TCI-R)
3. Parental Bonding Instrument (PBI)
4. Relationships Questionnaire (RQ)

### ***2.5.1. MILLON CLINICAL MULTIAXIAL INVENTORY - III (MCMI-III)***

Il MCMI-III (Millon, Davies, 1997), terza edizione del MCMI di T. Millon (1977), sviluppata e adeguata al DSM-IV, rappresenta un valido strumento di valutazione psicologica dell'adulto, il cui scopo è misurare tratti di personalità e l'eventuale presenza di psicopatologia. Questo strumento può essere utilizzato con individui sani e con pazienti esterni o ospedalizzati e in psichiatria forense per:

- valutare l'interazione fra disturbi di Asse I e Asse II, basandosi sul sistema di classificazione del DSM-IV;

- identificare le caratteristiche più profonde e pervasive della personalità, sottostanti la sintomatologia manifesta del paziente;
- ottenere una comprensione integrata delle relazioni che intercorrono fra caratteristiche di personalità e sindromi cliniche, per favorire l'individuazione del trattamento.

In questa, si hanno 14 scale di personalità, 10 scale cliniche, e 5 scale di correzione. L'MCMI-III era composto da 175 item cui seguivano delle risposte dicotomiche dal formato vero-falso. Questo test si può utilizzare in diversi contesti clinici con soggetti maggiorenni aventi almeno otto anni di scolarità.

Di seguito sono indicate le 24 scale costituenti il MCMI-II suddivise in 4 gruppi (più gli indici di modifica):

<b>Stili di personalità moderatamente gravi</b>		<b>Sindromi cliniche</b>	
1	Schizoide	A	Ansia
2	Evitante	H	Somatoforme
2B	Depressivo	N	Bipolare: mania
3	Dipendente	D	Distimia
4	Istrionica	B	Dipendenza da alcol
5	Narcisista	T	Dipendenza da droga
6	Antisociale	R	Disturbo post traumatico da stress
6B	Aggressiva (sadica)		
7	Compulsiva		<b>Sindromi gravi</b>
8	Passiva-aggressiva (negativistica)	SS	Disturbo del pensiero
8B	Masochista	CC	Depressione maggiore
		PP	Disturbo delirante
	<b>Patologie di personalità</b>		
S	Eccentrico		<b>Graviindici di correzione</b>
C	Emozionale	X	Indice di Rivelazione
P	Ansioso	Y	Indice di Desiderabilità
		Z	Indice di Autosvalutazione
	<b>Indice di Validità</b>		
V	Indice di Validità		

Le undici scale (dalla 1 alla 8B) inquadrano i diversi disturbi di personalità secondo la nomenclatura presente nel DSM-IV (APA, 1994). Le tre scale S, C e P misurano stili di personalità gravi e particolarmente disadattivi. Le scale dalla A alla R riguardano l'Asse I o la

sfera dei disturbi d'ansia, e alla fine si trovano le scale SS, CC e PP che indicano la presenza di sindromi cliniche particolarmente invalidanti o gravi.

Le scale X, Y, Z e V costituiscono gli indici di correzione o di aggiustamento, in grado di rilevare l'atteggiamento del soggetto/paziente al test, e indicano se il test può essere considerato valido oppure no.

I punteggi ottenuti sono trasformati in punti standard o base rate. Inoltre, per ogni scala un punteggio pari a 60 indica il valore medio atteso e per ottenere un corretto inquadramento diagnostico bisogna raggiungere un punteggio maggiore o uguale a 74, che indica la presenza di un tratto patologico o maggiore di 84, che indica l'intensità della presenza di patologia.

### ***2.5.2. TEMPERAMENT AND CHARACTER INVENTORY REVISED (TCI-R)***

Il TCI (Martinotti G. et al, 2008; Cloninger C.R. et al, 1993) è uno strumento di studio teorico della personalità, è un questionario che si compone di una serie di 240 affermazioni in cui il soggetto attribuisce un punteggio su una scalalikert da 5 punte può essere autosomministrato. Lo strumento si articola in sette dimensioni costituite dalle quattro scale del temperamento (1, 2, 3, e 4) e dalle tre del carattere (5, 6 e 7):

1. Novelty Seeking (NS) [*Ricerca della novità*];
2. Harm Avoidance (HA) [*Evitamento del danno*];
3. Reward Dependence (RD) [*Dipendenza dal riconoscimento*];
4. Persistence (P) [*Persistenza*];
5. Self-Directness (SD) [*Autodirettività*];
6. Cooperativeness (C) [*Cooperatività*];
7. Self-Transcendence (ST) [*Autotrascendenza*].

La misurazione è quantitativa e avviene attribuendo a ciascuna domanda un punteggio il cui conteggio viene eseguito secondo le indicazioni fornite da una apposita griglia. Viene attribuito a ogni risposta punteggio equivalente alla risposta data.

La somma di questi punti per ogni dimensionedà il “Risultato Grezzo” [Raw Score] che corrisponde a un massimo di:

*Temperamento:*

40 per l'NS

35 punti per l'HA

24 per l'RD

8 per la P

*Carattere:*

44 per la SD

42 per la C

33 per l'ST

Ciascun Raw Score viene riferito ai punteggi percentili e le descrizioni cliniche di ogni dimensione si riferiscono ai punteggi estremi e quindi meglio caratterizzabili. Sulla base della distribuzione normale sono stati stabiliti punteggi alti (cut-off > 67%) e bassi (< 33%) confortati poi dall'esperienza clinica.

Una più fine suddivisione prevede punteggi:

- “molto bassi” < 15%;
- “bassi” tra 15 e 35%;
- “medi” tra 35 e 65%;
- “alti” tra 65 e 80%;
- “molto alti” > 80%.

Ogni dimensione, sia temperamentale che caratteriale, con l'eccezione della persistenza, si compone di sottodimensioni come di seguito riassunto:

Novelty Seeking (NS) [*Ricerca della novità*]:

- NS1: Eccitabilità esploratoria vs. rigidità stoica;
- NS2: Impulsività vs. riflessività;
- NS3: Stravaganza vs. riservatezza;
- NS4: Disordine vs. regimentazione.

Harm Avoidance (HA) [*Evitamento del danno*]:

- HA1: Paura anticipatoria e pessimismo vs. disinibito e ottimismo;
- HA2: Paura dell'incertezza;
- HA3: Timidezza con gli estranei;
- HA4: Affaticabilità vs. vigore.

Reward Dependence (RD) [*Dipendenza dal riconoscimento*]:

- RD1: Sentimentalismo vs. determinazione;
- RD3: Attaccamento vs. distacco;
- RD4: Dipendenza vs. Indipendenza.

Persistence (P) [*Persistenza*]

Self-Directness (SD) [*Autodirettività*]:

- SD1: Responsabilità - Autocommiserazione;
- SD2: Ricchezza di propositi - Mancanza di direttività verso obiettivi;
- SD3: Ricchezza di risorse - Inerzia;
- SD4: Autoaccettazione - Autobiasimo;
- SD5: Una seconda natura congruente - Cattive abitudini.

Cooperativeness (C) [*Cooperatività*]

- C1: Accettazione Sociale - Intolleranza sociale;
- C2: Empatia - Disinteresse sociale;
- C3: Collaboratività - Non collaboratività;
- C4: Compassione - Vendicatività;
- C5: Coscienza integrata - Ricerca del proprio vantaggio.

Self-Transcendence (ST) [*Autotrascendenza*]

- ST1: Creativa elevazione dal sé - Autocoscienza;
- ST2: Identificazione transpersonale;
- ST3: Accettazione spirituale - Razionale materialismo.

Tutte le scale sono state validate per la popolazione italiana (Martinotti 2008).

### **2.5.3. PARENTAL BONDING INSTRUMENT (PBI)**

Il Parental Bonding Instrument (Parker G. et al, 1983), “Scala per la valutazione del legame con i genitori”, è un questionario ad auto-somministrazione di valutazione della qualità delle cure offerte da entrambi i genitori durante l’infanzia fino ai 16 anni di età su due assi: “Cura” (“Care”), che va da un estremo di grande calore ed empatia ad un estremo di freddezza ed indifferenza; ed “Iperprotezione” (“Overprotection”), che va da atteggiamenti di controllo, di repressione, d’intrusività, di prevenzione del comportamento indipendente da una parte, fino alla promozione dell’autonomia dall’altra.

La validazione italiana è stata eseguita da Scriminali e Grimaldi nel 1996 (Marzocchi, Neri, Eutichio 2002). La versione utilizzata è stata tradotta da Paolo Migone (Clinica Psichiatrica dell’Università di Parma).

Il questionario è composto da 50 item che formano due scale riferite a ciascun genitore e formate da 25 item equivalenti: 12 item si riferiscono alla dimensione “Care” (“Cura”), 13 item alla dimensione “Overprotection” (“Iperprotezione”).

Il questionario prevede di rispondere alle domande secondo il ricordo che il soggetto ha dei suoi genitori durante i primi 16 anni della sua vita.

Il punteggio che può essere attribuito ad ogni item va da 3 (molto vero) a 0 (per niente vero). I punteggi relativi ai due assi vengono espressi in ponderati.

Lo strumento prevede un Cutt-off per il punteggio della “Cura” e della “Iperprotezione” sia per la madre che per il padre rispettivamente di 27 e 13,5 per la madre e di 24 e 12,5 per il padre. Dall’incrocio dei punteggi di “Cura” e di “Iperprotezione”, la qualità del legame esperito con il genitore ricade in uno dei seguenti pattern o quadranti, risultanti dall’intersezione ortogonale delle due dimensioni di “Cura” ed “Iperprotezione” (Parker 1983): “Controllante senza affetto” (bassa “Cura” - alta “Iperprotezione”), “Vincolo affettuoso” (alta “Cura” - alta “Iperprotezione”), “Genitore negligente” (bassa “Cura” - bassa “Iperprotezione”), “Genitore ottimale” (alta “Cura” - bassa “Iperprotezione”).

Il questionario ha trovato largo utilizzo in Italia poiché è risultato un strumento valido per valutare il legame di attaccamento con i genitori. È stato più volte confrontato con altri strumenti che valutano lo stesso costrutto come l’Adult Attachment Interview dal quale è emersa un’elevata correlazione.

#### **2.5.4. RELATIONSHIPS QUESTIONNAIRE (RQ)**

Il Relationship Questionnaire (RQ) di Bartholomew e Horowitz (1991) propone una misura tipologica dell'attaccamento basata sugli stili:

- Sicuro
- Evitante-Spaventato
- Ansioso-preoccupato
- Evitante-distaccato

Lo stile Sicuro descrive un individuo che sente di essere autonomo e a proprio agio nelle relazioni intime e non preoccupato della possibilità di essere rifiutato. È caratterizzato da Modelli positivi di Sé e dell'Altro.

Lo stile Ansioso-preoccupato è caratterizzato da ansietà, elevata emotività, ipercoinvolgimento e dipendenza nelle relazioni. (Modello negativo di Sé, e positivo dell'Altro).

Lo stile Evitante-distaccato descrive una persona che valuta positivamente l'indipendenza (Modello di Sé positivo) e nega il desiderio di intimità affettiva (Modello dell'Altro negativo).

Lo stile Evitante -Spaventato descrive un individuo ansioso e al tempo stesso diffidente e spaventato dalla possibilità del rifiuto (Modello di Sé e dell'Altro negativi).

L'intervistato, oltre che scegliere lo stile che trova più rispondente a sé fra quelli proposti, stabilisce per ognuno di essi il grado di corrispondenza al proprio modo di essere servendosi di una scala Likert da 7 punti (Bartholomew & Horowitz, 1991).

### 3. ANALISI STATISTICHE

Le variabili in studio sono state raccolte in un database (SPSS, Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0) e classificate in variabili numeriche o categoriche come appropriato. La descrizione del campione è stata espressa attraverso le medie e le deviazioni standard (DS) per le variabili quantitative numeriche distribuite normalmente. Le variabili categoriche sono state descritte attraverso la numerosità e la frequenza (%).

Le associazioni semplici tra le variabili sono state studiate attraverso l'applicazione del:

- Chi quadrato per analizzare le associazioni tra due variabili categoriche.
- Anova per analizzare la differenza tra più medie (variabili categoriche versus una variabile numerica)
- Il T di Student per analizzare la differenza tra due medie (variabile categorica dicotomica versus una variabile numerica)

La significatività è stata settata a  $p < 0.05$  (two tailed).

#### 3.1 CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

All'interno della Tabella 1 vengono descritte alcune tra le principali variabili anagrafiche e anamnestiche dei due gruppi a confronto, tra cui, oltre ai numeri in senso assoluto ed in percentuale relativi al sesso dei componenti, anche: Stato Civile, Scolarità e la Principale Droga d' Abuso.

La coorte di Casi è composta da 150 pazienti con diagnosi di Disturbo da Uso di Sostanze (età media  $35,87 \pm 9,248$ ) di cui 18 sono femmine, il 12%; il gruppo di Controllo è composto da 68 soggetti in salute (età media  $28,25 \pm 9,431$ ) di cui 28 sono femmine, il 41,2%.

Per quanto riguarda lo Stato Civile possiamo osservare che la condizione maggiormente rappresentata sia lo Stato Libero in entrambi i gruppi: il 91,2% dei controlli ed il 70,0% dei casi appartengono a questa categoria.

Dai dati riguardanti la Scolarizzazione emergono invece forti differenze: il 61,3% dei Casi detiene una Licenza Media Inferiore, e solo l' 1,3% possiede una Laurea; Il gruppo di Controllo è composto per la maggior parte da soggetti con Licenza Media Superiore (l' 80,9%) e la percentuale di laureati ammonta al 14,7%.



L'utilizzo di droghe è il parametro più discriminante tra i due gruppi: i Casi fanno tutti uso di sostanze e prediligono l'utilizzo di Eroina (34,7%), alcol (30,0%) e Cocaina (22,0%), in accordo con i dati epidemiologici riguardanti le sostanze d'abuso; i Controlli si collocano invece in due sole classi: il 66,2% dei quali non ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti ed il restante 33,8% utilizza (regolarmente o sporadicamente) Cannabis.

Tabella 1		Controllo		Caso	
Variabile		N	%	N	%
Gend	Maschi	40	58,8%	132	88,0%
	Femmina	28	41,2%	18	12,0%
Stato Civile	Coniugato	6	8,8%	16	10,7%
	Separato	0	0,0%	23	15,5%
	Divorziato	0	0,0%	5	3,3%
	Libero	62	91,2%	105	70,0%
	Vedovo	0	0,0%	1	0,7%
Scolarità	Licenza Elementare	0	0,0%	16	10,7%
	Licenza Media Inferiore	3	4,4%	92	61,3%
	Licenza Media Superiore	55	80,9%	40	26,7%
	Laurea	10	14,7%	2	1,3%
Droga Principale	Nessuna Droga	45	66,2%	0	0,0%
	Cocaina	0	0,0%	33	22,0%
	Eroina	0	0,0%	52	34,7%
	Alcol	0	0,0%	45	30,0%
	Amfretamina	0	0,0%	1	0,7%
	Cannabis	23	33,8%	17	11,3%
	Gioco d'azzardo	0	0,0%	1	0,7%
	Ketamina	0	0,0%	1	0,7%
		M	SD	M	SD
Età		28,25	9,431	37,87	9,248

La tabella 2 ci fornisce informazioni inerenti la situazione familiare del soggetto, la presenza di comorbidità per disturbo psichiatrico e DUS, l' Ideazione Suicidaria e la messa in atto di un Tentativo di Suicidio, la presenza di pregressi problemi con la legge ed il Poliabuso di Sostanze.

Anzitutto dobbiamo ricordare che due dei criteri di selezione per il gruppo di controllo erano l'assenza di Reati nella storia personale del soggetto, e l' anamnesi negativa per Ricovero in clinica psichiatrica; per questo nessun Controllo è mai stato ricoverato o ha commesso Reati. Il gruppo di Casi mostra di essersi spesso scontrato con la legge (38% dei pazienti); dello stesso gruppo, 27 di questi hanno subito un Ricovero in Clinica Psichiatrica (il 18,8%).

Le principali differenze tra i due gruppi emergono confrontando le variabili Poliabuso di Sostanze e Doppia Diagnosi: queste sono le categorie con più forte significatività statistica. Il Poliabuso è presente nel 74,7% dei Casi contro il 2,9% dei Controlli ( $\chi^2 =96,486$ ;  $p=0,000$ ); similmente la Doppia Diagnosi è presente nel 73,6% dei pazienti contro un 7,4% dei soggetti sani ( $\chi^2 =81,291$ ;  $p=0,000$ ).

Variabile	Controllo (n=68)		Caso (n=150)		A	a
	N	%	N	%		
Poliabuso	2	2,9%	112	74,7%	$\chi^2$ Test	p value
Reati	0	0,0%	57	38,0%	96,486	0,000
Doppia Diagnosi	5	7,4%	106	73,6%	34,988	0,000
Ricoveri	0	0,0%	27	18,8%	81,291	0,000
Familiarità Patologie Psichiatriche	5	7,4%	38	25,3%	14,611	0,000
Familiarità per Uso di Sostanze	8	11,8	68	45,3%	9,553	0,002
Familiarità per Detenzione	1	1,5%	16	10,7%	23,218	0,000
Familiarità per Suicidio	1	1,5%	7	4,7%	5,503	0,019
Ideazione Suicidaria	7	10,3%	57	38,0%	1,352	0,245
Tentativo di Suicidio	2	2,9%	32	21,3%	17,318	0,000
		(n=68)	(n=150)			

Per quanto riguarda la Familiarità per Patologie Psichiatriche ( $\chi^2=9,533$ ;  $p=0,002$ ) , per l'Abuso di Sostanze ( $\chi^2=23,218$ ;  $p=0,000$ ) e per Detenzione ( $\chi^2=5,503$ ;  $p=0,019$ ), anche in questo caso vengono evidenziate significative differenze tra i gruppi a confronto: in tutti

questi ambiti, infatti, i Casi mostrano un' anamnesi positiva nel 25,3%, 45,3% e 10% rispettivamente contro percentuali del 7,4%, 11,8% e 1,5% dei Controlli. Esclusivamente la Familiarità par Suicidio ( $\chi^2=9,533$ ;  $p=0,002$ ) sembra non avere un valore statisticamente rilevante.

L'ideazione Suicidaria ( $\chi^2 =17,318$ ;  $p=0,000$ ) unitamente al Tentativo di Suicidio ( $\chi^2 =12,023$ ;  $p=0,001$ ) sono altre due caratteristiche che si rivelano essere significativamente rilevanti nella distinzione dei due gruppi; da notare che, sebbene l'Ideazione suicidaria sia 3 volte più frequente nel gruppo di Casi (il 38%) rispetto a quello dei Controlli (10,3%), il Tentativo di Suicidio è oltre 7 volte più frequente nel gruppo di Casi ( il 21,3%) rispetto a quello dei Controlli (il 2,9%).

### 3.2 ANALISI DESCRITTIVE

Nella tabella 3 vengono confrontate le medie degli score e le rispettive deviazioni standardizzate di Casi e Controlli ottenute per ciascuno dei parametri considerati all'interno del test Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI – III).

<b>Table. 3 Millon</b>							
Variable	Controllo (n=68)		Caso (n=150)		t Test	p value	
	Mean	SD	Mean	SD			
Schizoide	47,63	24,028	62,64	20,082	-4,714	0,000	
Evitante	39,65	30,688	55,66	29,066	-3,646	0,000	
Depressiva	44,91	31,016	69,15	25,603	-5,941	0,000	
Dipendente	45,00	26,298	58,92	27,266	-3,482	0,001	
Istrionica	58,25	16,875	50,11	15,832	3,391	0,001	
Narcisistica	63,43	18,047	64,36	16,156	-0,374	0,709	
Antisocial	42,32	21,562	74,42	17,430	-11,450	0,000	
Sadica	52,18	21,061	65,70	16,486	-5,030	0,000	
Compulsiva	55,87	12,052	45,32	14,843	5,084	0,000	
Negativistica	53,75	25,257	65,17	26,752	-2,957	0,003	
Masochistica	39,44	30,665	59,18	28,419	-4,560	0,000	
Ansia	43,46	31,197	60,37	31,980	-3,595	0,000	
Dipendenza da alcool	39,09	23,935	73,85	18,076	-11,603	0,000	
Borderline	36,62	23,965	60,15	26,141	-6,234	0,000	
Distimia	33,28	29,666	59,69	27,742	-6,270	0,000	
Somatizzazione	33,63	27,549	40,41	29,336	-1,588	0,114	
Bipolare	47,24	20,726	58,57	18,439	-3,974	0,000	
Paranoide	42,54	27,076	56,24	26,248	-3,481	0,001	
Dipendenza da Droghe	45,88	19,869	81,17	16,899	-13,264	0,000	
Desiderabilità	69,24	15,577	63,52	16,241	2,405	0,017	
Autosvalutazione	45,84	20,631	58,31	18,665	-4,349	0,000	
Cluster A	41,53	19,778	56,77	21,137	-4,936	0,000	
Cluster B	49,74	12,063	62,15	11,238	-7,264	0,000	
Cluster C	48,47	17,173	55,31	17,471	-2,653	0,009	
Disturbo del Pensiero	33,68	25,894	56,36	27,919	-5,607	0,000	
Depression Maggiore	27,82	28,016	45,81	29,866	-4,143	0,000	
Disturb delirante	39,94	26,830	49,66	26,069	-2,488	0,014	

Per quanto riguarda gli Stili di Personalità (Schizoide[t Test= -4,714; p value= 0,000], Evitante[t Test= -3,646; p value= 0,000], Depressivo[t Test=-5,941; p value=0,000], Dipendente,[t Test=-3,482; p value= 0,001], Antisociale[t Test= -11,450; p value= 0,000], Sadica [t Test= -5,030; p value=0,000], Negativistica [t Test= -2,957; p value= 0,003], e masochista [t Test= -4,560; p value= 0,000]), intesi come li definisce il DSM-IV, sono emerse significative differenze in termini di punteggi medi ottenuti dalle due coorti a confronto, i quali sono mediamente maggiori nei Casi rispetto a quelli ottenuti dai Controlli. Da sottolineare è il fatto che lo score medio ottenuto nello Stile di Personalità Antisociale dei casi è di  $74,42 \pm 21,562$ ; ciò indica la presenza di un Tratto Patologico di personalità, il cui Cut-off è di 74.

Per quanto riguarda gli Stili di personalità Istrionica (t Test=3,391; p value= 0,001) e Compulsiva (t Test= 5,084; p value= 0,000) si rivelano essere significativamente più elevati nella coorte di Controlli. Solo lo Stile di personalità Narcisistica(t Test=-0,374; p value= 0,709) non mostra significative differenze tra le medie di score ottenuti dai due gruppi.

Per quanto concerne il campo delle principali Sindromi Cliniche, anche in questo ambito si riscontrano punteggi medi significativamente maggiori nel gruppo di Casi rispetto ai Controlli. Nello specifico ci si riferisce alle voci di Ansia(t Test= -3,595; p value= 0,000), Bipolare(t Test=-3,974; p value= 0,000), Distimia(t Test=-6,270; p value= 0,000), Borderline (t Test= -6,234; p value= 0,000), Paranoide(t Test= -3,481; p value= 0,001),Dipendenza da Alcol (t Test= -11,603; p value= 0,000) e Dipendenza da Droghe(t Test= -13,264; p value= 0,000); queste ultime due Sindromi, in particolare, rivelano punteggi medi rispettivamente di  $73,85 \pm 18,076$  (molto vicino al cut-off di 74, il quale individua un Tratto Patologico) e  $81,17 \pm 16,899$  (ben oltre il cut-off di 74 e non distante dal valore di 84 il quale consente di identificare la natura Patologica della Sindrome Clinica). Tutto ciò è in accordo con le aspettative, data la specifica selezione della coorte di casi.

L' unica eccezione riguarda la Sindrome clinica Somatoforme (t Test= -1,588; p value= 0,114), per la quale non si riscontra una significativa differenza tra i punteggi medi ottenuti dal confronto delle dei due gruppi in studio: $33,63 \pm 27,549$  i Controlli e  $40,41 \pm 29,336$  i Casi.

Significative differenze tra i punteggi medi ottenuti dai due gruppi emergono anche in tutti e tre i Cluster di Personalità definite secondo i criteri del DSM-IV; tra questi, le maggiori disuguaglianze tra gli Score si riscontrano all'interno del Cluster B (t Test= -7,264; p value= 0,000) il quale comprende il disturbo di Personalità Borderline, il disturbo di Personalità Antisociale, il disturbo Istrionico di Personalità e quello Narcisistico. I punteggi medi per il

Cluster A (t Test=-4,936; p value= 0,000) sono rispettivamente di  $41,53 \pm 19,778$  e di  $56,77 \pm 21,137$  per i Controlli e per i Casi; minor distacco assumono i punteggi riguardanti il Cluster C (t Test= -2,653; p value= 0,009) che ammontano a  $48,47 \pm 17,173$  per i Controlli e  $55,31 \pm 17,471$  per i Casi.

Riguardo alle Sindromi Gravi individuate dal test MCMI-III, le quali comprendono il Disturbo del Pensiero (t Test=-5,607; p value= 0,000), la Depressione Maggiore (t Test= -4,143; p value= 0,000) ed il Disturbo Delirante (t Test= -2,488; p value= 0,014), anche in questi ambiti è possibile evidenziare delle significative differenze tra gli score medi.

Infine, anche gli Indici di Correzione identificati dal test mostrano delle significative differenze, cioè: la Desiderabilità (t Test= 2,405; p value= 0,017) è maggiore nei Controlli rispetto ai casi, essendo i punteggi rispettivi di  $69,24 \pm 15,577$  e di  $63,52 \pm 16,241$ ; l'Autosvalutazione (t Test= -4,349; p value= 0,000), invece, è maggiore nel gruppo di Casi ( $58,31 \pm 18,665$ ) rispetto ai Controlli ( $45,84 \pm 20,631$ ).

Nella tabella 4 vengono confrontate le medie degli score e le rispettive deviazioni standardizzate di Casi e Controlli ottenute per ciascuno dei parametri considerati all'interno del test Parental Bonding Instrument (PBI); da questa emerge che i punteggi medi di Accudimento di entrambi i genitori dei Controlli (Madre=  $29,09 \pm 5,726$ ; Padre=  $25,52 \pm 7,884$ ) sono significativamente maggiori (Madre: t Test= 3,639; p value= 0,000; Padre: t Test= 4,125; p value= 0,000) rispetto a quelli ottenuti dai Casi (Madre= $24,52 \pm 8,620$ ; Padre=  $20,17 \pm 8,942$ ). Da sottolineare, a questo proposito, è il fatto che lo score medio di Accudimento Materno e Paterno dei Casi non raggiunga il Cut-off di sufficienza stabilito per i relativi parametri che corrisponde rispettivamente a 27, per la madre, e 24 per il padre.

Un discorso identico è possibile applicarlo ai punteggi medi ottenuti nel campo dell'Iperprotettività (Madre: t Test= -3,150; p value= 0,002; Padre: t Test= -4,580; p value= 0,000) di entrambi i genitori dei due gruppi a confronto: infatti gli score medi, sia della Madre ( $16,68 \pm 6,310$ ) che del Padre ( $16,09 \pm 5,980$ ), ottenuti dai Casi sono significativamente superiori a quelli ottenuti rispettivamente dalla Madre ( $13,49 \pm 6,577$ ) e dal Padre ( $12,02 \pm 5,789$ ) dei Controlli; da evidenziare è il fatto che entrambi i genitori dei Casi abbiano ottenuto punteggi medi superiori al cut-off previsto dal test per i relativi genitori, rispettivamente 12,5 e 13,5.

Da questa tabella emerge che i genitori dei controlli si collocano a confine tra gli stili Genitoriali Ottimale e Vincolo Affettivo; per quanto riguarda i genitori dei casi, invece, essi ricadono mediamente all'interno dello Stile genitoriale Controllante senza Affetto.

Table. 4 PBI	Controllo (n=68)		Caso (n=150)		t Test	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
Madre Accudimento Score	29,09	5,726	24,52	8,620	3,639	0,000
Madre Iperprotettività Score	13,49	6,577	16,68	6,310	-3,150	0,002
Padre Accudimento Score	25,52	7,884	20,17	8,942	4,125	0,000
Padre Iperprotettività Score	12,02	5,789	16,09	5,980	-4,580	0,000

Nella tabella 5 vengono confrontati i valori medi assegnati da ciascun gruppo al proprio modello relazionale secondo le classi individuate nel Relationship Questionnaire (RQ).

Da questa emergono alcune significative differenze negli Stili Relazionali adottati dai Casi e dai Controlli. Queste differenze riguardano gli stili Evitante Spaventato (t Test= -2,903; p value= 0,004) e Ansioso Preoccupato (t Test= -2,427; p value= 0,016), mostrando per entrambi punteggi significativamente più elevati nella coorte di Casi (Evitante Spaventato:  $3,87 \pm 2,003$ ; Ansioso Preoccupato:  $3,20 \pm 1,980$ ) rispetto a quella dei Controlli (Evitante Spaventato:  $2,98 \pm 1,920$ ; Ansioso Preoccupato:  $2,48 \pm 1,799$ ).

Anche per lo stile Evitante Distaccato (t Test= -1,536; p value= 0,126) il gruppo dei Casi mostra punteggi medi ( $3,65 \pm 2,188$ ) più elevati di quelli ottenuti dai Controlli ( $3,15 \pm 2,023$ ), sebbene non in maniera significativamente rilevante.

Lo stile Sicuro (t Test= 1,759; p value= 0,080) invece, nonostante anch'esso non raggiunga i criteri di significatività, mostra punteggi medi più elevati nel gruppo di Controllo ( $4,53 \pm 1,834$ ) rispetto a quelli ottenuti dai Casi ( $4,03 \pm 1,980$ ).

Table. 5 RQ	Controllo (n=68)		Caso (n=150)		t Test	P value
	Mean	SD	Mean	SD		
Sicuro Score	4,53	1,834	4,03	1,896	1,759	0,080
Evitante Spaventato Score	2,98	1,920	3,87	2,003	-2,903	0,004
Ansioso Preoccupato Score	2,48	1,799	3,20	1,980	-2,427	0,016
Evitante Distaccato Score	3,15	2,023	3,65	2,188	-1,536	0,126

Nella tabella 6 vengono confrontate le medie degli Score e le Deviazioni Standardizzate di Casi e Controlli per ciascuno dei sette parametri considerati all'interno del test Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R).

Da questa emerge la Ricerca della Novità ( $t$  Test= -2,212;  $p$  value= 0,029) nei Casi (109,60± 17,035) sia significativamente maggiore, in termini di media dello Score ottenuto, rispetto ai Controlli (103,43± 13,530); ugualmente accade per quanto riguarda l' Autotrascendenza ( $t$  Test= -3,517;  $p$  value= 0,001).

Significativa risulta anche la differenza tra gli Score ottenuti per il parametro di Autodirezionalità ( $t$  Test= 3,316;  $p$  value= 0,002) il quale è mediamente più alto nei Controlli (140,07± 17,137) rispetto ai Casi (127,09± 25,260).

Per quanto riguarda i parametri Evitamento del Pericolo ( $t$  Test= -0,478;  $p$  value= 0,634) e Dipendenza dalla Ricompensa ( $t$  Test= 1,491;  $p$  value= 0,139) non emergono differenze significative tra le due corti; in entrambe le voci, comunque, i Casi hanno ottenuto punteggi mediamente superiori a quelli dei Controlli.

Infine, Persistenza ( $t$  Test= -2,212;  $p$  value= 0,029) e Cooperatività ( $t$  Test= -2,212;  $p$  value= 0,029), sebbene anche da queste variabili non emergano differenze statisticamente rilevanti, ci indicano che la coorte di Controlli (Persistenza: 116,52± 17,137; Cooperatività: 132,28± 14,095) ha ottenuto punteggi mediamente superiori rispetto alla coorte di Casi (Persistenza: 115,28± 21,458; Cooperatività: 127,98± 15,915).

Table. 6 TCI-R							
		Controllo (n=68)		Caso (n=150)			
Variable		Mean	SD	Mean	SD	t Test	p value
Ricerca della Novità		103,43	13,530	109,60	17,035	-2,212	0,029
Evitamento del Pericolo		97,33	17,528	98,89	18,003	-0,478	0,634
Dipendenza dalla Ricompensa		97,09	16,664	101,36	14,092	-1,491	0,139
Persistenza		116,52	17,137	115,28	21,458	0,352	0,726
Autodirezionalità		140,07	17,554	127,09	25,260	3,316	0,002
Cooperatività		132,28	14,095	127,98	15,915	1,568	0,120
Autotrascendenza		60,97	15,506	70,53	13,811	-3,517	0,001
		Controllo (n=68)		Caso (n=150)			



## 4. DISCUSSIONE

Il presente studio osservazionale analitico di valutazione trasversale è stato condotto esaminando i risultati testometrici ottenuti da due popolazioni a confronto: i Casi, pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (150 soggetti di cui 132 maschi e 18 femmine) appartenenti alla popolazione sarda sono stati reclutati presso la comunità agricolo-pastorale del Mondo X Saedegna di S' Aspru; i Controlli, individui in salute e socialmente integrati (68 soggetti di cui 40 maschi e 28 femmine).

il proposito di questo studio è stato quello di studiare le caratteristiche psicopatologiche generali, personologiche, temperamentali e gli stili di attaccamento in una popolazione di soggetti affetti da Disturbo da Abuso di sostanze confrontati con una campione di controllo.

Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti sottolineano come i sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscano l'uno con l'altro e si influenzino vicendevolmente: in alcune ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità di solito si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze, accentuando la suscettibilità individuale a tali problemi (Bakken K. et al, 2003); tuttavia, i disturbi psichiatrici possono essere anche aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti (Kessler R.C. et al, 2001) oppure possono manifestarsi in parallelo.

Per quanto riguarda gli Stili di Personalità (Schizoide, Evitante, Depressivo, Dipendente, Antisociale, Sadica, Negativistica e masochista), intesi come li definisce il DSM-IV, le analisi hanno mostrato che tutti i Disturbi di Personalità, misurati tramite la scala MCMI-III hanno mostrato punteggi statisticamente maggiori nel gruppo dei pazienti rispetto ai controlli. Questo dato conferma i dati della letteratura e ci pone di fronte al difficile problema del trattamento. I disturbi di personalità sono sindromi disadattive, pervasive, presenti fin dalla giovane età, che non hanno delle indicazioni di trattamento farmacologico, e quindi necessitano di interventi psicoterapeutici strutturati, a seconda dei casi. Tali sindromi inficiano quindi notevolmente il funzionamento generale del paziente, potendo predisporre all'abuso di sostanze. L'unico disturbo di Personalità che non ha mostrato differenze è stato il D.P. Narcisistico. Questo dato si può interpretare come il fatto che il Disturbo di Personalità

Narcisistico, o almeno alcuni tratti del disturbo, possono essere letti come tratti “funzionali” nella vita generale di un individuo, non determinando da solo uno stato di patologia franca.

Per quanto concerne il campo delle principali Sindromi Cliniche, anche in questo caso si riscontrano punteggi medi significativamente maggiori nel gruppo di casi relativamente alle voci di Ansia, Bipolare, Distimia, Dipendenza da Alcol e Dipendenza da Droghe. Tutto ciò è in accordo con le aspettative, data la specifica selezione della coorte di casi. Esclusivamente riguardo la Sindrome clinica Somatoforme non si riscontra una significativa differenza tra i punteggi medi ottenuti dal confronto delle dei due gruppi in studio.

Significative differenze tra i punteggi medi ottenuti dai due gruppi emergono anche in tutti e tre i Cluster di Personalità definite secondo i criteri del DSM-IV; tra questi, le maggiori disuguaglianze tra punteggi medi si riscontrano all'interno del Cluster B che comprende il disturbo di Personalità Borderline, il disturbo di Personalità Antisociale ed il disturbo Istrionico di Personalità.

Riguardo alle Sindromi Gravi individuate dal test MCMI-III, le quali comprendono il Disturbo del Pensiero, la Depressione Maggiore ed il Disturbo Delirante, è possibile evidenziare anche in questo caso delle significative differenze tra gli score medi.

Dal test Temperament and Character Inventory Revised (TCI-R) emerge che l’“autotrascendenza” dei controlli sia significativamente maggiore, in termini di media dello score ottenuto, rispetto ai casi. Significativi risultano anche le differenze di score ottenute per i parametri di “ricerca della novità” e “auto direzionalità”, i quali sono mediamente più alti nei casi rispetto ai controlli. Per tutti gli altri parametri (“evitamento del pericolo”, “dipendenza dalla ricompensa”, “persistenza” e “cooperatività”) non emergono differenze significative.

I risultati relativi agli stili genitoriali, misurati tramite il test Parental Bonding Instrument (PBI), evidenziano come i punteggi medi di Accudimento di entrambi i genitori dei controlli siano significativamente maggiori rispetto a quelli ottenuti dai casi. Da sottolineare, a questo proposito, è il fatto che lo score medio di Accudimento materno e materno dei casi non raggiungano il Cut-off di sufficienza stabilito per i rispettivi parametri che corrisponde rispettivamente a 27, per la madre, e 24 per il padre. Un discorso identico è possibile applicarlo ai punteggi medi ottenuti nel campo dell’ Iperprotettività da entrambi i genitori dei due gruppi a confronto: Infatti gli score medi, sia della madre che del padre, ottenuti dai casi sono significativamente superiori a quelli ottenuti rispettivamente dalla madre e dal padre dei controlli, superando in entrambi i casi il cut off previsto dal test per i relativi genitori. Da questa tabella emerge che i genitori dei controlli si collocano a confine tra gli stili Genitoriali

Ottimale e Vincolo Affettivo; per quanto riguarda i genitori dei casi, invece, essi ricadono all'interno dello Stile genitoriale Controllante senza Affetto. Questo dato è di estrema utilità clinica, in quanto lo stile genitoriale è stato studiato nella letteratura come un fattore predisponente diversi disturbi psichiatrici, in particolar modo i disturbi della personalità, i disturbi del comportamento alimentare, la depressione e tutta quella classe di dipendenze, da sostanze e non, che caratterizzano la psicopatologia emergente. Gli stili genitoriali di Accudimento infatti implicano non solo la sensazione di essere più o meno accuditi dai genitori, ma anche la futura visione di sé e del mondo circostante, visione che risulta frequentemente deficitaria nei disturbi psichiatrici. Tale deficit nella visione di sé porta spesso un individuo a “sostituire” la sicurezza mancante con altro, spesso ricorrendo alla dipendenza da sostanze. Il problema della presenza di uno stile genitoriale deficitario o patologico si pone quindi anche nell'età adulta dell'individuo, in cui gli schemi interni e gli schemi comportamentali e cognitivi risultano ormai sedimentati. Tale dato acquisisce vitale importanza non solo a livello diagnostico, ma soprattutto a livello di intervento terapeutico: ricostruire una adeguata immagine di sé e del mondo circostante è quindi un elemento fondamentale, anche se non sempre direttamente intuibile, nel caso del trattamento degli individui affetti da abuso di sostanze.

Come conseguenza di questi risultati, i modelli relazionali attuali sono stati approfonditi tramite la scala Relationship Questionnaire (RQ). Gli stili Evitante Spaventato e Ansioso Preoccupato, mostrano per entrambe punteggi significativamente più elevati nella coorte di casi rispetto a quella dei controlli. Anche per lo stile Evitante Distaccato il gruppo dei casi mostra punteggi medi più elevati, sebbene non in maniera significativamente rilevante; lo stile Sicuro invece, nonostante anch'esso non raggiunga i criteri di significatività, mostra punteggi medi più elevati nel gruppo di controllo rispetto a quelli ottenuti dai casi. Questi dati confermano in qualche modo i risultati precedenti. I pazienti affetti da DUS presentano degli stili di attaccamento patologici, che determinano alterazioni sia nella visione di sé che nelle relazioni con gli altri.

## 5. CONCLUSIONI

In conclusione, il presente studio condotto su pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze confrontati con individui sani ha evidenziato alcune differenze nelle caratteristiche psicopatologiche generali, personologiche, temperamentali e gli stili di attaccamento in una popolazione di soggetti affetti da Disturbo da Abuso di sostanze confrontati con una campione di controllo. I disturbi di personalità, a parte quello Narcisistico, sono maggiormente rappresentati nei pazienti, così come alcuni tratti temperamentali come la “ricerca delle novità” e sintomi psichiatrici quali ansia, depressione, abuso di sostanze, disturbo bipolare e tentativi di suicidio. Gli stili genitoriali, sia del padre che della madre, risultano nei pazienti di tipo Controllante senza Affetto e l’attaccamento che differenzia i pazienti è lo stile di attaccamento di tipo insicuro: Evitante Spaventato, Ansioso Preoccupato, Evitante Distaccato.

I dati del nostro studio indicano quindi che, all’interno di un gruppi di pazienti con DUS, non solo hanno importanza le grandi sindromi psichiatriche, ma anche alcuni tratti di personalità e stili di attaccamento che devono essere valutati attentamente sia nell’inquadramento diagnostico che a livello terapeutico. L’obiettivo infatti del trattamento di questo tipo di pazienti risulta essere multidisciplinare, con la necessità della presenza di professionisti della salute mentale che abbracciano varie aree di intervento: psichiatrica, psicologica, riabilitativa, psico-sociale.

## 6. BIBLIOGRAFIA

Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum, 1978.

Asher SR. and Coie JD. *Peer Rejection in childhood*. Cambridge University Press, 1990.

A. Taranto, G. Brizzi, G. Fiorentino, *Disturbi affettivi, tossicodipendenze e stagioni*, dal convegno della Società Italiana di Psichiatria, giugno 2001

BAKKEN, K., LANDHEIM, S., E VAGLUM, P. (2003). *Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?*. Alcohol and Alcoholism, 38, 54–59.

Battaglia M., Przybeck T.R., Bellodi L., Cloninger R., 1996. *Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders*. Compr. Psychiatry 37, 292–298.

Bowlby J. *Attachment theory, separation anxiety, and mourning*. In: Hamburg, D.A.; Brodie, K.H., eds. American handbook of psychiatry. New psychiatric frontiers. New York: Basic Books; 292-309, 1975.

Brieger P, Ehrh U, Marneros A. *Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders*. Compr Psychiatry. 2003 Jan-Feb; 44(1):28-34.

Broner R.K., King V.L., Kidorf M., Schmidt C.W. Jr, Bigelow G.E., *Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers*. Arch Gen Psychiatry 1997 Jan;54(1):71-80

Clerici M, G. Carrà, *Implicazioni cliniche della comorbidità per depressione nei disturbi da uso di sostanze*, Salute Mentale e Neuroscienze 4, marzo 1997

Clerici, M., Carrà, G., Segagni, G., Sciarini, P., Borrelli, P., Popa, I., et al. (2006). *Studio epidemiologico sulla comorbidità tra disturbi mentali e disturbi correlati all'uso di sostanze (droghe e/o alcol) nei DSM italiani*. Stato di aggiornamento della ricerca PADDI (Psychiatric and Addictive Dual Disorders in Italy Study, PADDI Study). Quaderni Italiani di Psichiatria, 25, 161-164.

CLONINGER CR, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR. *A psychobiological model of temperament and character*. Arch Gen Psychiatry 1993; 50:975-90.

Cortina R. : *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM-5 , 2014.

Cummings J.A., Hayes A.M., Newman C.F., Beck A.T., 2011. *Navigating therapeutic alliance ruptures in cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders and comorbid axis I disorders*. *International Journal of Cognitive Therapy* 4 (4), 397–414.

Fishbein DH., Lozowsky D., Jaffe JH. *Impulsivity, aggression and neuroendocrine response to serotonergic stimulation in substance abuse*. *Biol. Psychiatry*, 25: 1049-67, 1989.

Fonzi A., Tomada G., Tassi F., Ciucci E. *Adattamento sociale, rifiuto e interazione tra coetanei in età prescolare*. *EtàEvolutiva*, 80-4, 1993.

Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. *Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010*. *J Affect Disord*. 2014 Jan;152-154:1-11.

Gerra G., Volpi R., Delsignore R., Caccavari R., Gaggiotti MT., Montani G., Maninetti L., Chiodera P. and Coiro V. *ACTH and beta-endorphin responses to physical exercise in adolescent women tested for anxiety and frustration*. *Psychiatry Research*, 41: 179-186, 1992.

Goodwin F.K., Jamison K.R., 1990. In: *Manic-depressive Illness*. Oxford University Press, New York.

Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER (1993): *The economic burden of depression in 1990*. *J Clin Psychiatry* 54:405-18.

Holzel L., Harter M., Reese C., Kriston L., 2011. *Risk factors for chronic depression- A systematic review*. *Journal of Affective Disorders* 129 (1–3), 1–13.

J. Solomon, *Doppia Diagnosi, Personalità/Dipendenze*, volume 2, dicembre 1996

Jylhä P, Rosenström T, Mantere O, Suominen K, Melartin T, Vuorilehto M, Holma M, Riihimäki K, Oquendo MA, Keltikangas-Järvinen L, Isometsä ET. *Personality disorders and suicide attempts in unipolar and bipolar mood disorders*. *J Affect Disord*. 2015 Nov 10;190:632-639.

Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH (1996): *Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population*. *American Journal of Psychiatry* 153:1411-7.

KESSLER, R.C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ANDRADE, L., BIJL, R., BORGES, G., CARAVEO-ANDUAGA, J.J., DEWIT, D.J., KOLODY, B., MERIKANGAS, K.R., MOLNAR, B.E., VEGA, W.A., WALTERS, E.E., WITTCHEN, H.U., E USTUN, T.B. (2001). *Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys*. *Psychiatria Fennica*, 32(2), 62-79

Klein RG. and Manuzza S. *Long-term outcome of hyperactive children*. *J. Am. Acad. Child. Adolesc.*, 30: 383-7, (1991).

L. Cancrini, S. Garozzo, *A proposito di tossicomanie da cocaina: studio clinico di un grave disturbo narcisistico di personalità*, Quaderni di Saman, Il Pensiero Scientifico Editore, volume 1, numero 1, gennaiogiugno 2003

Luthar SS., Anton SF., Merikangas KR., Rounsaville BJ. *Vulnerability to substnce abuse and psychopathology among siblings of opioid abusers*. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 180: 153-61, 1992.

Maier W., Lichtermann D., Minges J., Heun R., 1992. *The familial relation of personality disorders (DSM-III-R) to unipolar major depression*. *J. Affect. Disord.* 26, 151–156.

MANNA V, M.T. DANIELE, M. PINTO. *Psychosis and Pathological drug dependence: towards an integrated, multi-modal approach*. *Journal of Psychopathology* 2002, 8.

Markowitz J.C., Skodol A.E., Petkova E., Cheng J., Sanislow C.A., Grilo C.M., McGlashan T.H., 2007. *Longitudinal effects of personality disorders on psycho- social functioning of patients with major depressive disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry* 68 (2), 186–193.

MARTINOTTI G, MANDELLI L, DI NICOLA M, ET AL. *Psychometric characteristic of the Italian version of the Temperament and Character Inventory--revised, personality, psychopathology, and attachment styles*. *Compr Psychiatry* 2008; 49:514-22.

Möller. HJ, Bitter I., Bobes J. et al., 2012. *Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression*. *European Psychiatry* 27: 114-128.

Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T., 2006. *Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies*. *The British Journal of Psychiatry* 188 (1), 13–20.

Oldham J.M., Skodol A.E., Kellman H.D., Hyler S.E., Doidge N., Rosnick L., Gallaher P.E., 1995. *Comorbidity of axis I and axis II disorders*. *Am. J. Psychiatry* 152, 571–578.

Parker JG. and Asher SR. *Peer relations and later personal adjustment: Are lowaccepted children at risk?* Psychological Bulletin, 102: 357-89, 1987

Parker G. *Parental affectionless control as an antecedent to adult depression.* Archieve of General Psychiatry 1983; 40, 956-960.

Pompili M., Serafini G., Del Casale A., Rigucci S., Innamorati M., Girardi P., Lester D., 2009. *Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk.* Expert Review of Neurotherapeutics 9 (7), 985–1004.

Rabinowitz, J., Mark, M., Popper, M., Slyuzberg, M., *Reported comorbidity of mental disorders with substance abuse among psychiatric inpatients in Israel,* Ment. Health Adm.,1996 Fall; 23 (4) : 471-8

Rossi A, Marinangeli MG, Butti G, Scinto A, Di Cicco L, Kalyvoka A, Petruzzi C. *Personality disorders in bipolar and depressive disorders.* J Affect Disord. 2001 Jun; 65(1):3-8.

Sartorius N., 2001. *The economic and social burden of depression.* J Clin Psychiatry 62 Suppl 15:8-11.

Skodol A.E., Grilo C.M., Keyes K.M., Geier T., Grant B.F., Hasin D.S., 2011. *Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample.* The American Journal of Psychiatry 168 (3), 257–264.

Ustun TB, 2001: *The worldwide burden of depression in the 21st century.* In: Weismann MM (ed): "Treatment of depression: Bridging the 21st Century". Washington, DC: American Psichiatric Press, pp 35-45.

17) Vukov, M., Baba-Milkic, N., Lecic, D., Mijalkovic, S., Marinkovic, J., *Personality dimensions of opiate addicts,* Acta PsychiatricaScandinavica, 1995: 91: 103-107.

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe* 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655-79.

Zvolensky, M.J., Cogle, J.R., Johnson, K.A., Bonn-Miller, M.O., e Bernstein, A. (2010). *Marijuana use and panic psychopathology among a representative sample of adults.* Experimental and Clinical Psychopharmacology, 18(2), 129-34