

Report Ricerca Regionale Emilia Romagna Cocaina:

“Aspetti psichiatrici e comportamentali associati all’assunzione di cocaina”

Centro Studi e Documentazione Farmacotossicodipendenze Ser.T Parma AUSL di
Parma

*G. Gerra, F. Rovetto, S.G. Bertacca, A. Zaimovic, M. Moroni, M.C. Antonioni,
B.Branchi, M. Bussandri, G. Moi, A. PietroPaolo, C. DE Panfilis, M. Barni, L.Coscia,
E. Liberatore, E.Violante, M. Malerba, L. Giustima, M. Pirani, M.C. Pipitone,
F.Macchetti, D. Rosso.*

Presentazione della ricerca

La presente relazione riporta i risultati della Ricerca Regionale Cocaina sugli aspetti psichiatrici e comportamentali associati all’assunzione di cocaina. Al fine di ottenere i dati necessari alla presentazione di questa ricerca si sono utilizzate diverse modalità di reclutamento dei soggetti: telefonico, posta elettronica, in loco (su richiesta dei Ser.T e/o Comunità), posta ordinaria.

La finalità della ricerca è di tipo epidemiologico ed è volta ad analizzare la relazione tra l’abuso di cocaina nella popolazione afferente alle strutture preposte alla cura delle tossicodipendenze ed eventuali sintomi di origine psichica.

In base a tale analisi sarà possibile stabilire legami significativi tra l’abuso, l’esistenza e la persistenza di tali condizioni; particolare rilievo sarà dato all’analisi delle caratteristiche di personalità e al modo in cui esse si correlano all’abuso.

Il progetto di ricerca ha la finalità di indagare variabili implicate nel fenomeno dell’aumento di consumatori di cocaina in Italia.

Tale rilievo è di utilità clinico-descrittiva in base alla considerazione, sostenuta da pareri autorevoli (es: prof. Gilberto Gerra) che le strutture preposte alla cura delle tossicodipendenze risultino sostanzialmente conformate ad una tipologia di utenza costituita essenzialmente da abusatori di oppiacei e, inoltre, che la cocaina sia stata fino ad oggi estranea alla definizione di droga pesante, nonostante ne rappresenti di fatto tutte le caratteristiche.

La tipologia dei consumatori di cocaina è più variegata e scarsamente consapevole, il più delle volte, della propria condizione di tossicodipendenza rispetto alla consueta figura dell'eroinomane, maggiormente legata allo stigma proprio della sostanza.

I numeri supportano l'esigenza di una ridefinizione: l'Osservatorio del Welfare nel 2003 ha contato 14.087 persone, che rivolgendosi ai servizi pubblici italiani hanno dichiarato di aver fatto uso prevalente di cocaina, mostrando una crescente sofferenza per abuso, dipendenza e astinenza (Cascella, 2003).

Nel 2002 in Europa (ANSA - BRUXELLES, 7 OTT 2002) le rilevazioni positive alla cocaina erano 10.625, nel 2001 8.402, nel 2000 7.701; l'incremento è stato dell'82% in quattro anni e i 14 mila censiti dichiarano di usarla in via primaria, ma non esclusiva, confermando un abuso multiplo (poliabuso).

Un'allarmante rilevazione viene dall'Osservatorio epidemiologico sulle dipendenze dell'Ausl di Bologna: uno studio negli ospedali pubblici e privati convenzionati del capoluogo e della provincia bolognese conferma che in 4 anni tra il 2000 e il 2003, 1137 giovani (età media 35 anni) sono stati ricoverati per problemi legati all'uso di stupefacenti, soprattutto di cocaina (Osservatorio Epidemiologico, Bologna, 2003).

Il mercato degli stupefacenti è in continua evoluzione: se dieci anni fa la disintossicazione e la riduzione del danno erano la risposta giusta agli eroinomani, con il mutare della domanda sono dovute cambiare oltre che le premesse anche le terapie.

Già alla fine degli anni 80 era chiaro che la cocaina avrebbe avuto una grande diffusione in Italia e in Europa, tanto è vero che nel 1989 a Milano fu organizzato un convegno su cocaina e sul crack, pur essendo al tempo fenomeno di nicchia.

Trenta anni fa l'uso e abuso di cocaina era ad appannaggio di pochi "vip", oggi l'età dei pazienti oscilla dai 15 ai 40 anni con l'inclusione delle fasce adolescenziali-giovanili; di solito il consumo inizia con l'ingresso alle scuole superiori con l'hashish per poi passare alle amfetamine e alla cocaina, ma attualmente, sovente, la cocaina risulta, spesso, la 1^a sostanza di scelta (Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze, 2003).

Per anni si è pensato che la cocaina non comportasse dipendenza e che il suo uso fosse compatibile con una vita "normale", oggi siamo perfettamente consapevoli dell'effetto devastante prodotto da tale sostanza sull'individuo e sulla società e del fatto che l'estinzione del craving ad essa correlato è uno dei più difficili aspetti del trattamento del cocainomane: la realtà è che nell'utilizzo di cocaina tolleranza e dipendenza si sviluppano rapidamente e con scarso controllo.

L'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze (OEDT) nella relazione del 2004 evidenzia un'evoluzione dei modelli di consumo problematico di stupefacenti. Nei paesi in cui i consumatori problematici erano, tradizionalmente, oppiomani cronici, oggi si

trovano in misura crescente poliassuntori o consumatori di sostanze stimolanti: Germania e Paesi Bassi assistono ad un aumento dei consumatori di cocaina crack e Spagna ed Italia di consumatori problematici di cocaina. Tra la popolazione adulta (15-64 anni) una percentuale compresa tra lo 0.5-6% ammette di avere provato la cocaina almeno una volta (prevalenza una tantum); mentre il consumo recente (ultimi 12 mesi) viene segnalato da meno dell'1% degli adulti. Tra i giovani adulti europei (15-34 anni) una percentuale compresa tra l'1-10% segnala di avere fatto uso di cocaina ad un certo punto della vita , mentre circa la metà di tale popolazione ne ha fatto un uso recente (Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze, 2005).

In Italia i rilievi effettuati sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca suggeriscono un incremento del consumo di sostanze illegali, in particolare dell'utilizzo di cannabis e cocaina (DNPA, 2005). Inoltre da quanto evidenziato nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004, sebbene l'eroina continui a rappresentare la sostanza d'abuso principale tra coloro che accedono ai Ser.T, si assiste ad un significativo incremento della quota di tossicodipendenti in trattamento con sostanza d'abuso primaria cocaina e cannabinoidi. Nel confronto tra l'anno 2001 e l'anno 2004, i consumatori di eroina sono passati dal 84.0% al 75.0%, i cocainomani dal 6.0% al 12.0% ed i consumatori di cannabis dall'8.4% all'11.0%. (DNPA, 2005)

L'incremento è osservato anche nella Regione Emilia-Romagna, dove nei medesimi anni, gli eroinomani sono passati dal 76.8% nel 2001 al 72.1% nel 2004, i consumatori di cocaina dal 7.2% al 12.1% e, infine, i consumatori di cannabis dal 8.7% al 10.2% (Osservatorio Regione Emilia-Romagna, 2005).

La cocaina illustra molto bene lo slogan: "drug, set & setting" (sostanza, personalità e contesto). Per molto tempo il consumo di cocaina è stato virtualmente invisibile, i suoi consumatori socialmente integrati non sembravano richiedere un controllo selettivo da parte della polizia, delle autorità giudiziarie o di quelle sanitarie; questa realtà è cambiata in Europa a partire dalla metà degli anni novanta, coinvolgendo quattro tipologie di utenza:

- alcuni eroinomani non riuscendo a fare a meno dell'intensa sensazione della siringa, sono divenuti grossi utilizzatori di cocaina (diffusione parallela epidemica dell'AIDS e dei sostitutivi dell'eroina) costituendone attualmente una quota;
- consumatori di crack abituali collocati in gruppi etnici ben definiti (latino-americani immigrati in Europa);
- consumatori di crack e cocaina saltuari;
- persone che utilizzano anche l'eroina per gestire gli effetti spiacevoli legati ad abuso e ad astinenza da cocaina.

A tutt'oggi l'utilizzo di cocaina è sviluppato nei giovani che frequentano il circuito dei rave-parties o i club, le discoteche e le feste private, la cocaina, che in questo caso viene solitamente sniffata si può inserire nella lista degli stimolanti.

L'uso di cocaina si è sviluppato in un ambiente in cui molti altri tipi di sostanze vengono consumati; inoltre è cambiato il profilo sociale dell'utilizzatore: insieme ai fumatori socialmente integrati (studenti universitari e di scuole superiori e giovani lavoratori) è apparso un nuovo gruppo molto meno integrato: persone senza fissa dimora, giovani sbandati delle periferie più povere, utenti la cui assunzione è caotica ed incontrollata, sovrapponendosi e in buona parte sostituendosi nelle tradizionali aree di diffusione degli oppiacei dei cannabinoidi e dell'alcol. Il consumo di cocaina attualmente è in crescita anche nelle classi medie per le quali manca un rilievo epidemiologico essendo queste non campionate in quanto non utenti di strutture sanitarie ad eccezione di quelle private (Lebeau, 2001).

La modalità di assunzione gioca un ruolo fondamentale: la cocaina iniettata provoca un flash intenso, e la frequenza con cui le iniezioni vengono praticate può diventare altissima, con la facilità di trasmissione delle malattie infettive, le epatiti hanno trovato una grande diffusione nei fumatori di crack e in coloro che sniffano per lo scambio delle pipe e delle cannuce.

Le overdose di cocaina iniettata e le conseguenti complicazioni sono le cause principali di ospedalizzazioni negli Stati Uniti, e i medesimi casi sono in crescita in Europa (Eur Addict Res. 2004;10(4):139-46).

Tutto ciò porta a pensare che la prevenzione nell'uso di cocaina debba essere modificata, le unità che praticano la riduzione del danno, che si trovano a metà strada tra coloro che demonizzano i consumatori di droga e coloro che li giustificano dovrebbero dare informazioni vere sulle sostanze e sul loro utilizzo, cosicché coloro che si affacciano alla prima esperienza possano sapere a cosa vanno incontro.

Chi sniffa per la prima volta, spesso, accusa disappunto nel non aver provato prima tali effetti, perciò, è indispensabile rimarcare la differenza tra uso e abuso della sostanza, per non pensare che il consumo di cocaina sia facile da controllare, la linea di demarcazione tra chi utilizza e chi abusa è molto sottile, concettualmente relativa.

A tal proposito la nascita di questo progetto di ricerca, che trova nella ricerca sugli aspetti psichiatrici e comportamentali legati all'uso di cocaina solo l'inizio di un progetto, più ampio, che in collaborazione con il Ser.T e l'Unità di strada, vede l'esigenza della creazione di un luogo di cura non connotato come il Ser.T, dove sia possibile accogliere un bacino di utenza variegato socialmente, come quello degli utilizzatori di cocaina.

Metodologia

Strumenti utilizzati nella ricerca

Tridimensional Personality Inventory (T.P.Q.)

Il TPQ è uno strumento diagnostico utilizzato per la valutazione della personalità ideato da Cloninger. Robert Cloninger, psichiatra americano, ancora poco conosciuto in Italia, sostiene che gli odierni approcci per la descrizione e per diagnosi dei disturbi di personalità, come la teoria dei "tratti" di personalità e le scale di Eysenck (1969) presentano delle importanti limitazioni sia pratiche che concettuali (Cloninger, 1987; 1999; 2000) dimostrate dalle attuali conoscenze provenienti sia dalla genetica che dalla psicobiologia (per es. Kandel, 1998; 1999). Integrando le informazioni provenienti dagli studi familiari, dagli studi longitudinali sullo sviluppo, dagli studi psicometrici sulle strutture di personalità e dagli studi neuroanatomici e neurofarmacologici sull'apprendimento e sul condizionamento del comportamento nell'uomo e negli animali, Cloninger ha proposto la "*teoria biosociale di personalità*" ed ha approfondito il ruolo giocato dall'ansia nello sviluppo psicofisico dell'individuo.

Questo modello considera la personalità come una combinazione di tratti ereditari neurobiologici (*Dimensione temperamentale*) e di tratti che riflettono l'influenza socioculturale (*Dimensione caratteriale*). Lo stile sociale e cognitivo di ciascuna persona è infatti determinato dal grado in cui ciascuna dimensione è presente. Cloninger fornisce un metodo sistematico di descrizione e classificazione della personalità nelle sue forme sia patologiche che non patologiche. Inizialmente si trattava di un modello tridimensionale fondato su tre aspetti:

La "Ricerca di novità" (*Novelty Seeking*), assai simile alla Sensation Seeking di Zuckerman (1979), prende in considerazione il metodo di interazione tra individuo e ambiente; in particolare tale dimensione implica una continua ricerca di stimolazione che conduce ad un intenso stato di "eccitamento" e ad una tendenza ad evitare monotonia e punizioni. Descrive individui impulsivi, incostanti, eccitabili, stravaganti, disordinati e con un particolare temperamento frettoloso. Tali soggetti sono attratti principalmente da attività a loro nuove, che conducono ad emozioni forti, estreme; non sono attenti ai dettagli, sono facilmente distraibili e si annoiano facilmente. Questa dimensione sarebbe legata all'attività dopaminergica.

L' "Evitamento del pericolo" (*Harm Avoidance*), è una modalità di comportamento caratterizzata da una peculiare tendenza ad evitare ogni situazione che sia seguita da una punizione o da una frustrazione derivata da una mancata ricompensa e da un'incapacità di esporsi a stimoli nuovi considerati come potenzialmente pericolosi. Tali soggetti sono attenti, apprensivi,

affaticabili, impressionabili, riflessivi, ordinati, calmi, parsimoniosi, ostinati e non intraprendono nuove attività e nuovi interessi. Questa dimensione sarebbe legata all'attività serotoninergica.

La "Dipendenza dalla ricompensa" (*Reward Dependence*) è la tendenza a emettere dei comportamenti per rispondere prontamente e adeguatamente alle richieste sociali (approvazione sociale). Descrive soggetti simpatici, sentimentali, industriosi, particolarmente predisposti ad aiutare gli altri (comportamenti prosociali), sensibili alle pressioni sociali e particolarmente emotivi. Questa dimensione sarebbe legata all'attività noradrenergica.

La combinazione delle tre dimensioni di base, verificabile clinicamente attraverso la somministrazione del *Tridimensional Personality Questionnaire* (T.P.Q.), dà origine ad otto tipi di personalità diverse:

Personalità antisociale (alta ricerca della novità, basso evitamento del pericolo, bassa dipendenza dalla ricompensa), caratterizza soggetti che si oppongono fortemente alle norme sociali e che hanno comportamenti aggressivo-impulsivi e melodrammatici;

Personalità istrionica (alta ricerca della novità, basso evitamento del pericolo, alta dipendenza dalla ricompensa), definisce soggetti che assumono comportamenti appariscenti, eccentrici che hanno lo scopo di attirare l'attenzione;

Personalità passivo-aggressiva (alta ricerca della novità, alto evitamento del pericolo, alta dipendenza dalla ricompensa), caratterizzano soggetti che generalmente attaccano solo quegli individui che considerano inferiori a loro;

Personalità schizoide-esplosiva (alta ricerca della novità, alto evitamento del pericolo, bassa dipendenza dalla ricompensa), è definita da atteggiamenti d'alienazione, d'opportunismo e di ipotimia.

Personalità ciclotimica (bassa ricerca della novità, basso evitamento del pericolo, alta dipendenza dalla ricompensa), definisce pazienti che presentano frequentemente periodi di depressione e di ipomania. Durante la depressione si sentono inadeguati, dormono troppo, hanno difficoltà a concentrarsi e le loro prestazioni diminuiscono mentre durante la fase ipomaniacale hanno un'autostima ipertrofica (prima si isolano dagli altri e poi ne cercano la compagnia in modo disinibito), dormono poco, il loro pensiero diventa creativo e la loro produttività aumenta.

Personalità passivo-dipendente (bassa ricerca della novità, alto evitamento del pericolo, alta dipendenza dalla ricompensa), diagnosticata in soggetti particolarmente remissivi che tendono ad assecondare la volontà altrui;

Personalità ossessivo-compulsiva (bassa ricerca della novità, alto evitamento del pericolo, bassa dipendenza dalla ricompensa), caratterizza soggetti rigidi, ostinati, incapaci di esprimere i propri sentimenti e perfezionisti (tendono a prendere in considerazione ogni più piccolo dettaglio);

Personalità schizoide-imperturbabile (bassa ricerca della novità, basso evitamento del pericolo, bassa dipendenza dalla ricompensa), definisce soggetti con scarsa fiducia in se stessi, con comportamenti e atteggiamenti fondamentalmente rigidi, che mostrano un'estrema difficoltà ad esprimere i propri sentimenti e sono indifferenti agli elogi e alle approvazioni degli altri.

In seguito Cloninger ha aggiunto alle tre dimensioni fondamentali altre quattro scale che approfondiscono i seguenti aspetti:

Persistenza (*Persistence*), ostinazione e determinazione a perseguire il raggiungimento degli obiettivi proposti (fino ad arrivare alla perfezione);

Auto-direzionalità (*Self-directedness*), senso di responsabilità che può anche condurre il soggetto ad assumersi delle colpe di responsabilità altrui;

Cooperatività (*Cooperativeness*), cooperazione, dimensione che può portare ad una eccessiva dipendenza dagli altri;

Auto-trascendenza (*Self-transcendence*), bisogno di trascendenza che può evolvere sia nel misticismo sia in deliri e/o allucinazioni patologiche.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)

L'MMPI-2 è uno strumento di screening psicopatologico utile per aiutare gli psicologi e gli psichiatri a formulare con maggiore precisione una diagnosi disturbo mentale.

Il questionario è costituito da 566 item, parte dei quali vanno a comporre tre scale di controllo e parte dieci scale cliniche. I punteggi ottenuti dalle varie scale vengono riportati su appositi moduli che consentono riottenere dei profili grafici la cui forma permette di dare un'interpretazione più raffinata ai risultati ottenuti al test, rispetto alla sola interpretazione delle singole scale. Le tre scale di controllo sono la scala L (Lie) che misura il grado con cui una persona tenta di mostrare una buona immagine di sé, la scala F (Frequency) che misura una serie di pensieri e di esperienze poco comuni nella popolazione normale, la scala K (Correction) che misura i meccanismi difensivi utilizzati nei confronti del test e più sottilmente della scala L. Le dieci scale cliniche sono rappresentate da: la scala di Ipocondria (Hs) che contiene item relativi a problemi fisici

che indicano disturbi somatici, eccessiva preoccupazione per il proprio corpo e uso dei sintomi fisici per scopi manipolativi; la scala di Depressione (D) che valuta l'autostima, la tristezza, il pessimismo, la disperazione, la lentezza motoria, la ruminazione mentale e il lamento somatico; la scala di Isteria (Hy) che contiene due tipi di item: quelli che indicano un disagio fisico e quelli dal contenuto fortemente ottimista che tende a negare qualsiasi problema e definisce soggetti seduttivi, eccessivamente dipendenti dagli altri e che hanno paura di essere rifiutati; la scala di Deviazione psicopatica (Pd) misura l'indifferenza alle regole sociali (caratteristiche antisociali) e un certo disadattamento; la scala di Mascolinità-Femminilità (Mf) è costituita da item che riguardano interessi estetici, scelte di vita, presenza di passività, ed è strettamente correlata al livello culturale del soggetto; la scala di Paranoia (Pa) considera il grado di sensibilità del soggetto nei confronti dell'opinione degli altri che in alcuni casi diventa vera e propria sospettosità patologica; la scala di Psicoastenia (Pt) misura aspetti durevoli dell'ansia (ansia di tratto); la scala di Schizofrenia (Sc) misura il grado di confusione mentale e può indicare disorientamento, deterioramento dei processi logici; la scala di Ipomania (Ma) valuta il grado di energia della persona; la scala di Introversione sociale (Si) misura l'inclinazione della persona a isolarsi o a stare con gli altri.

Buss Durkee Hostility Inventory (B.D.H.I.)

(Questionario per la Tipizzazione della Aggressività versione Italiana di Castrogiovanni).

Lo scopo del test è quello di definire il "tipo" di aggressività che caratterizza i soggetti ai quali viene somministrato. E' costituito da 75 item ai quali il soggetto deve rispondere vero o falso. Fornisce un indice globale di aggressività e un profilo di comportamento aggressivo. Castrogiovanni, Maremmani e Di Muro (1993) partivano dal presupposto che una valutazione complessiva dell'aggressività fosse un indice ambiguo (per es. è possibile attribuire lo stesso punteggio sia ad un soggetto aggressivo, ma non sospettoso, che ad uno sospettoso, ma non aggressivo), quindi hanno sottoposto il test originale ad un processo di "validazione". Essi ritengono importante stabilire i diversi tipi di aggressività, è quindi possibile distinguere le manifestazioni dirette (attacchi verbali e fisici) da quelle nascoste. Buss e Durkee (1957) definiscono direttamente le sottoclassi dell'aggressività basandosi sull'osservazione clinica. Ricavano così otto tipi di sottoscale da cui emergono diversi profili di comportamento ostile-aggressivo: aggressività diretta, aggressività indiretta, irritabilità, negativismo, risentimento, sospettosità, aggressività verbale e colpa. Questi fattori sono rilevabili anche in patologie dello spettro depressivo, per tale questionario può essere utilizzato anche come strumento di misura diretta per la presenza di disturbi dell'umore.

Visual Analogical Scales (VAS)

La Scala Analogica Visiva di Scott e Huskisson, introdotta per superare i limiti delle scale descrittive, è una scala continua costituita da un segmento di retta (generalmente della lunghezza di 10 cm) alle cui estremità sono normalmente ancorate le indicazioni “minimo” e “massimo”. Al soggetto si richiede di posizionare un punto sulla linea grafica che corrisponde alla propria percezione in merito alle dimensioni di: malumore, apatia, stanchezza, irritabilità e craving.

Scheda di rilevazione sociodemografica, familiare e tossicologica

Questa scheda d'intervista è volta a rilevare i dati socioanagrafici e anamnestici (data di nascita, residenza, titolo di studio, stato civile, condizione abitativa, condizione lavorativa), i dati riguardanti la famiglia di origine (stato professionale del padre e della madre, problematiche d'abuso di sostanze ed alcol e disturbi psichiatrici), la storia criminologica del paziente, la percezione delle relazioni affettive, le sostanze utilizzate, i tossicologici ed gli eventuali trattamenti precedenti.

Soggetti in studio

I criteri iniziali di inclusione e suddivisione prevedevano la presenza di 6 gruppi selezionati in base alle seguenti caratteristiche:

Gruppo 1: soggetti consumatori di cocaina come sostanza primaria che abbiano assunto la sostanza da almeno sei mesi e per almeno una volta alla settimana;

Gruppo 2: soggetti con dipendenza da eroina da almeno un anno che consumano cocaina come sostanza secondaria da almeno sei mesi e almeno una volta alla settimana;

Gruppo 3: soggetti con dipendenza da eroina che non siano mai stati esposti alla cocaina (ad esclusione di possibili episodi remoti);

Gruppo 4: soggetti in trattamento metadonico che assumono cocaina (anche saltuariamente, da almeno 6 mesi);

Gruppo 5: soggetti in carcere che hanno assunto cocaina per un periodo significativo (almeno 6 mesi, come sostanza primaria o secondaria);

Gruppo 6: gruppo di controllo soggetti che non hanno fatto uso di sostanze.

Al momento dell'esecuzione del protocollo di ricerca il gruppo 5 è stato escluso dopo riflessione del team di ricerca per le difficoltà tecniche inerenti l'accesso a soggetti in regime carcerario.

I soggetti sono stati reclutati nelle seguenti Comunità e Ser.T che hanno aderito alla ricerca:

Comunità

La rupe – Bologna, , Il Quadrifoglio – Bologna, La Casa di Lodesana – Fidenza, Il Timoniere – Ferrara, Centro L’Airone – Ferrara, Saman – Ferrara, C.E.I.S. – Modena, C.E.I.S. – Parma, Betania – Parma, C.E.I.S. – Piacenza, C.E.I.S. – Reggio Emilia.

Ser.T

Ser.T Bologna, Ser.T - Cento, Ser.T – Codigoro, Ser.T Bondeno, Ser.T – Ferrara, Ser.T di Ravenna, Ser.T di Parma, Ser.T di Fidenza, Ser.T di Colorno, Ser.T di Langhirano, Ser.T - Fornovo e Borgotaro, Ser.T - Piacenza, Ser.T Correggio, Ser.T Rimini, Ser.T Riccione

I criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- Gravi disturbi cronici del fegato con complicanze
- Grave disfunzione renale con complicanze
 - Grave perdita significativa di peso (> 15%) o obesità
 - Gravi endocrinopatie ed immunodeficienze con complicanze
 - Traumi cerebrali pregressi
 - Malattie organiche che creano disturbi dell’umore

Nella registrazione dei dati trasmessi si è evidenziata la mancanza di una diagnosi di Asse I e II secondo i criteri previsti dal manuale di diagnostica psichiatrica DSM IV e gli esiti degli esami tossicologici eseguiti durante la durata del protocollo preventivamente stabilita in dodici mesi.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati separatamente per i gruppi in studio.

La significatività statistica delle differenze tra le proporzioni è stata verificata attraverso il test χ^2 . Il test t di Student è stato utilizzato per testare le differenze nelle medie dei

punteggi tra i singoli gruppi di tossicodipendenti ed il gruppo di controllo. Il test ANOVA è stato utilizzato nei confronti multipli per testare le differenze tra i gruppi (la correzione di Bonferroni è stata applicata quando sono stati effettuati i confronti multipli). Infine, il coefficiente di correlazione di Pearson è stato usato per verificare la relazione tra le misure psicometriche dei Tests.

Risultati

Il campione della ricerca è costituito da 217 soggetti reclutati nei Ser.T e nelle Comunità della Regione Emilia Romagna, dei quali 176 (81,10%) maschi e 41 (18,89%) femmine; l'età media è 30,98 anni (SD 6,14).

I soggetti reclutati in base all'utilizzo di sostanze sono risultati suddivisi numericamente come segue:

- Gruppo 1 (cocaina): 57 soggetti, n. 52 maschi , n. 5 femmine
- Gruppo 2 (cocaina + eroina) 70 soggetti, n. 46 maschi, n.24 femmine
- Gruppo 3 (eroina) 60 soggetti n. 53 maschi, n. 7 femmine
- Gruppo 4 (metadone) 30 soggetti n.25 maschi, n. 5 femmine

Il campione di controllo è costituito da 50 soggetti (infermieri, studenti, operai).

Nella tabella 1 sono riportate le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti in studio, limitate alle sole variabili età e genere per i tossicodipendenti consumatori di eroina e di metadone.

Tabella 1 – Caratteristiche dei soggetti in studio

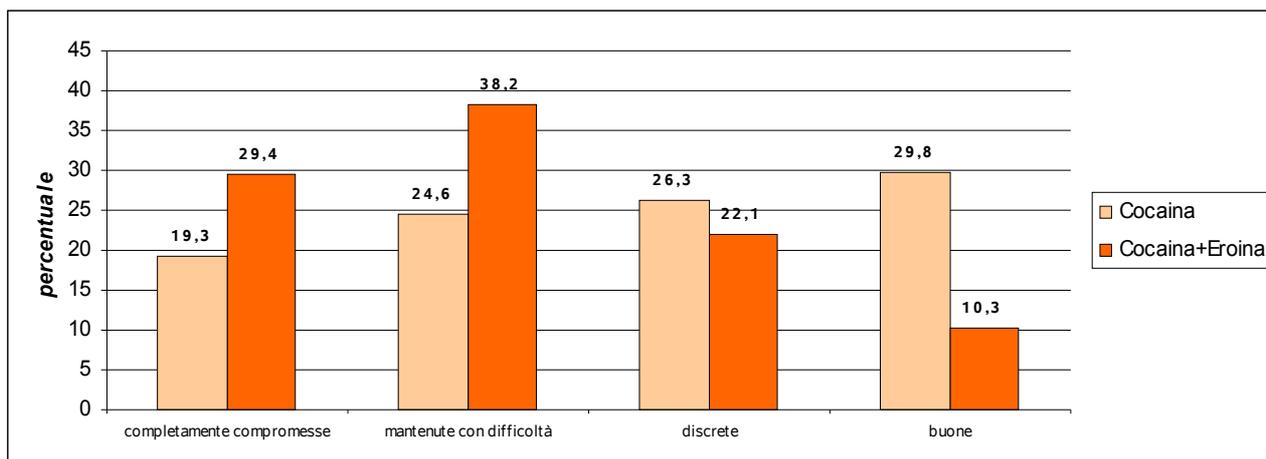
Caratteristiche	Gruppo 1: Cocaina (n 57)		Gruppo 2: Cocaina + eroina (n 70)		Gruppo 3: Eroina (n 60)		Gruppo 4: Metadone (n 30)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Età all'arruolamento Media (SD)	32.09 (5.64)		31.03 (6.85)		29.43 (5.30)		31.87 (6.52)	

Età di inizio uso cocaina								
Media (SD)	22.45 (6.95)		20.01 (6.56)		-		-	
Sesso								
Maschio	52	91.2	46	65.7	53	88.3	25	83.3
Femmina	5	8.8	24	34.3	7	11.7	5	16.7
Istruzione								
Medio bassa (Licenza elementare e media)	42	73.7	54	77.1	-	-	-	-
Medio alta (Diploma media sup. e Laurea)	15	26.3	16	22.9	-	-	-	-
Stato civile								
Celibe/nubile	37	64.9	47	67.1	-	-	-	-
Coniugato	7	12.3	14	20.0	-	-	-	-
Separato/divorziato	13	22.8	7	10.0	-	-	-	-
Vedovo	0	0	2	2.9	-	-	-	-
Stato professionale								
Disoccupato	29	50.9	42	60.0	-	-	-	-
Occupato saltuariamente	5	8.8	7	10.0	-	-	-	-
Occupato stabilmente	23	40.4	19	27.1	-	-	-	-
Altro	0	0	2	2.9	-	-	-	-
Situazione abitativa								
Abita da genitori/parenti	11	19.3	18	25.7	-	-	-	-
Abita da amici/conoscenti	0	0	7	10.0	-	-	-	-
Abita da solo	12	21.1	7	10.0	-	-	-	-
Risiede in comunità	25	43.9	30	42.9	-	-	-	-
Abita con propria fam.	8	14.0	5	7.1	-	-	-	-
Senza fissa dimora	1	1.8	3	4.3	-	-	-	-

Non sussistono differenze significative tra i due gruppi di cocainomani in merito alle variabili sociodemografiche. L'età di inizio consumo di cocaina è, pur al limite della significatività, più bassa nel gruppo cocaina+eroina rispetto al gruppo cocaina: 20.01 anni vs 22.45 anni ($p=0.0497$).

I due gruppi percepiscono, in maniera significativamente differente le proprie relazioni affettive ($\chi^2= 9.48$ $p=0.023$). I soggetti afferenti al secondo gruppo (eroina+cocaina) sperimentano, infatti, in proporzione maggiore una difficoltà relazionale (grafico 1).

Grafico 1 – Percezione delle relazioni affettive nei gruppi cocaina e cocaina+eroina



Per quanto riguarda i rapporti con la giustizia, i soggetti che abusano di cocaina ed eroina insieme, hanno riportato condanne nel 57.1% dei casi, percentuale che diminuisce al 42.9% nei soggetti che usano esclusivamente cocaina (differenza statisticamente non significativa).

La familiarità, indagata in merito alla presenza/assenza di abuso d'alcol, di sostanze e disturbi psichiatrici nel contesto familiare ha evidenziato che i tossicodipendenti che usano solo cocaina hanno, tra i propri famigliari, soggetti con problemi di alcoldipendenza nel 14.0% (v.a. 8), di abuso di sostanze nel 8.8% (v.a. 5) e con disturbi psichiatrici nel 1.8% (v.a. 1) dei casi.

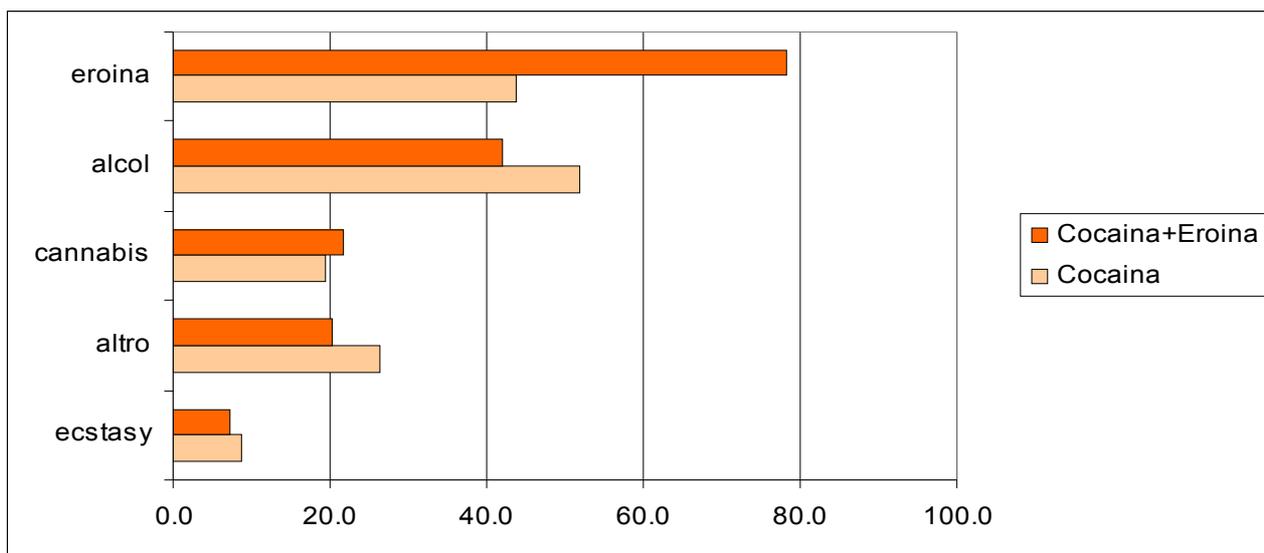
I tossicodipendenti, invece, che usano cocaina ed eroina riferiscono la presenza tra i propri famigliari di alcolisti nel 23.5% (v.a. 16), di abusatori di sostanze nel 4.4% (v.a. 3) e di soggetti con disordini psichiatrici nell'11.8% (v.a. 8).

Al fine di verificare quali sostanze normalmente i soggetti associano alla cocaina, è stato chiesto di riferire quali siano le sostanze assunte nelle stesse ore (grafico 2).

Nel gruppo cocaina, i soggetti affermano di usare cocaina in maniera esclusiva nel 15.8% dei casi mentre ben nell'84,2% utilizzano altre sostanze. Il consumo può avvenire, inoltre, in maniera concomitante: il 40.3% usa infatti più di una sostanza in associazione alla cocaina. Nel dettaglio la sostanza associata è l'eroina nel 43.9%, l'alcol nel 51.8%, la cannabis nel 19.3%, l'ecstasy nel 8.8% ed altre droghe nel 26.3%.

I soggetti del gruppo cocaina+eroina sostengono di non usare altre sostanze, oltre la cocaina, nel 17.1% dei casi; il restante 82.9% associa altre sostanze. Il 78.3% usa eroina, il 42.0% alcol, il 21.7% cannabis, il 7.3% ecstasy e il 20.3% altre sostanze. Anche in questo gruppo è elevato il numero di persone che usano più di una sostanza in associazione alla cocaina (48.6%).

Grafico 2 – Sostanze associate all'assunzione di cocaina (nelle medesime ore) nei gruppi cocaina e cocaina+eroina



Le differenze per gruppo nella proporzione di sostanza associata alla cocaina sono significative per la sola eroina ($\chi^2= 15.79$ $p=0.000$).

Le analisi relative ai test psicometrici, utilizzati secondo il protocollo di ricerca, sono relative a tutti i gruppi in studio. Di seguito vengono riportati i risultati dell'analisi della varianza (Anova).

Nella Tabella 2 sono riportate le medie ed i relativi errori standard delle scale MMPI-II.

Tabella 2 - Scale del MMPI II dei 4 diversi gruppi di assuntori

Gruppo	Hs***	D	Hy**	Pd***	Mf***	Pa***	Pt	Sc	Ma	Si***
cocaina	61.21±1.6 1	56.06±1.5 5	54.62±1.6 5	67.06±1.8 4	53.36±1.5 1	61.96±1.6 7	57.91±1.4 3	62.53±1.5 2	65.28±2.0 8	53.83±1.38
cocaina+eroina	58.21±1.5 1	59.60±1.5 5	54.76±1.2 9	69.25±1.2 7	51.83±1.5 1	65.24±1.3 0	60.36±1.5 2	64.33±1.4 8	64.10±1.6 3	55.84±1.28
eroina	47.21±1.6 2	57.21±1.7 2	60.07±1.5 6	60.12±1.5 9	68.16±2.0 2	58.88±1.5 7	62.12±1.7 1	61.49±1.7 6	64.50±1.9 2	61.48±2.02
metadone	50.00±2.4 5	60.40±1.6 1	60.73±1.7 5	60.97±2.0 7	68.47±2.3 1	54.57±1.6 5	62.77±2.0 3	57.93±2.1 0	61.63±1.9 5	63.7±2.96

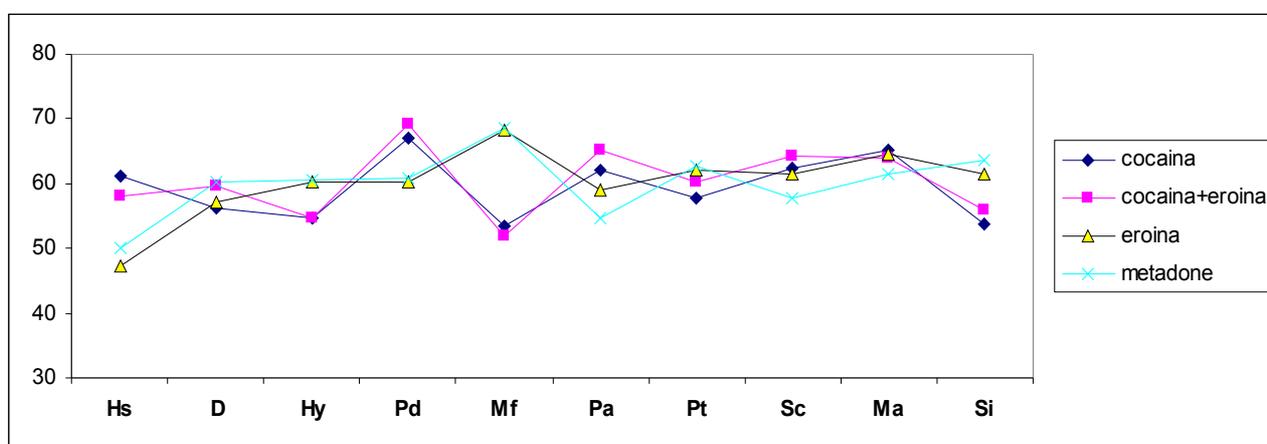
p-value: * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

I valori medi nella scala Hs nei gruppi cocaina (61.21) e cocaina+eroina (58.21) sono significativamente più elevati rispetto al gruppo eroina (47.21). Nella scala Hy il gruppo cocaina+eroina ha un valore medio significativamente più basso rispetto al gruppo eroina (54.76 vs 60.07). Per la scala Pd i soggetti che usano assieme cocaina ed eroina presentano una media significativamente più alta (69.25) rispetto gli altri tre gruppi; inoltre

viene segnalata una significativa differenza nelle medie della scala Mf tra i soggetti che usano eroina e metadone (rispettivamente 68.16 e 68.47) e quelli che usano cocaina (53.36) e cocaina+eroina (51.83). La scala Pa evidenzia una media significativamente maggiore per il gruppo cocaina (61.96) rispetto al gruppo metadone (54.57) nonché il gruppo cocaina+eroina (65.24) rispetto al gruppo eroina (58.88) e metadone. Infine la media sulla scala Si è significativamente minore per il gruppo cocaina (53.83) rispetto ai gruppi eroina (61.48) e metadone (63.7).

Il grafico 3 presenta i valori medi delle scale dell'MMPI-II corrispondenti ai quattro gruppi esaminati in base all'utilizzo di sostanze.

Grafico 3 – Punteggio medio riportato nelle scale dell'MMPI-II nei gruppi d'abuso



Nella tabella 3 sono riportati i valori medi riportati delle scale del test BDHI per ciascun gruppo d'abuso.

Tabella 3 - Scale del BDHI dei 4 diversi gruppi di assuntori

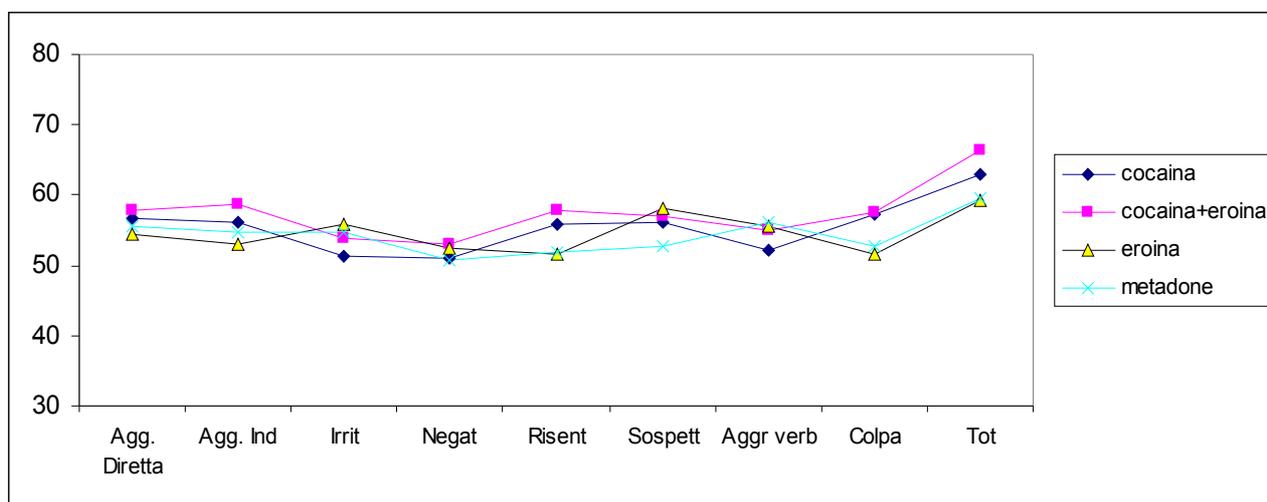
Gruppo	Agg. Diretta	Agg. Ind*	Irrit	Negat	Risent**	Sospett	Aggr verb	Colpa**	Tot**
cocaina	56.73±1.65	56.13±1.3 0	51.44±1.3 7	51.00±1.29	55.91±1.63	56.22±1.65	52.07±1.2 2	57.25±1.54	62.89±1.75
cocaina+eroina	57.71±1.63	58.81±1.0 2	53.97±1.0 7	53.12±1.23	57.83±1.34	57.05±1.42	55.10±1.1 4	57.55±1.31	66.47±1.58
eroina	47.80±2.93	53.15±1.3 9	55.82±1.2 7	52.49±1.31	51.53±1.34	58.16±1.49	55.65±1.6 2	51.58±1.40	59.24±1.43
metadone	51.88±3.29	54.83±2.1 6	54.70±1.8 6	50.73±1.96	51.80±2.19	52.60±2.12	56.23±2.1 1	52.63±1.86	59.60±2.13

p-value: * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Sulla scala dell'aggressività indiretta si osservano differenze statisticamente significative nei valori medi tra il gruppo dei consumatori di eroina (53.15) rispetto quelli che consumano cocaina+eroina (58.81). Significative anche le differenze sulla scala del risentimento, con un media più alta nei consumatori di cocaina+eroina (57.83) rispetto gli eroinomani (51.53). Infine differenze vengono rilevate sulla scala della colpa, con punteggi più elevati nei gruppi cocaina (57.25) e cocaina+eroina (57.55) rispetto al gruppo eroina (51.58) ed aggressività totale nel gruppo cocaina+eroina (66.47) rispetto al gruppo eroina (59.24).

Il grafico 4 presenta le scale del BDHI nei quattro gruppi esaminati.

Grafico 4 – Punteggio medio riportato nelle scale del BDHI nei gruppi d'abuso



La valutazione della struttura temperamentale nei gruppi misurata attraverso il test TPQ è riportata in tabella 4.

Tabella 4 – Scale del TPQ dei 4 diversi gruppi di assuntori

Gruppo	Novelty seeking (NS)	Harm avoidance (HA)	Reward dependence (RD)*
cocaina	57.77±1.76	52.55±2.10	42.85±1.99
cocaina+eroina	58.90±1.82	54.60±2.21	53.81±2.11
eroina	54.76±1.44	45.11±2.87	43.84±3.26
metadone	54.97±2.40	49.50±3.26	44.44±3.94

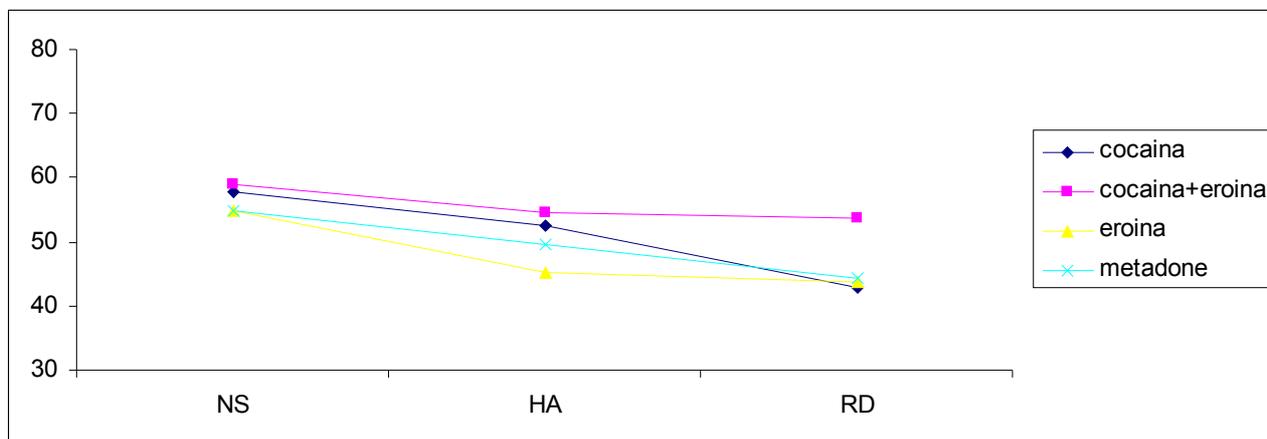
p-value: * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Non sono state rilevate differenze statisticamente significative nelle medie delle scale NS ed HA tra i quattro gruppi. La scala RD, invece, presenta un valore medio più elevato per il

gruppo di soggetti che utilizzano eroina+cocaina (53.81), rispetto il gruppo cocaina (42.85) con un forte scollamento rispetto agli altri due gruppi.

Il grafico 5 mostra le scale del TPQ nei quattro gruppi

Grafico 5 – Punteggio medio riportato nelle scale del TPQ nei gruppi d'abuso



I grafici 6, 7 e 8 rappresentano MMPI-II, BDHI e TPQ divisi per genere nei soggetti che usano cocaina. Data la forte discrepanza numerica all'interno del campione (52 maschi e 5 femmine) non è possibile effettuare un confronto tra generi (numero limitato delle femmine). Per tale ragione questi grafici possono essere utilizzati solo come orientamento per future ricerche.

Grafico 6 – Punteggio medio riportato nelle scale del MMPI-II nel gruppo cocaina per genere

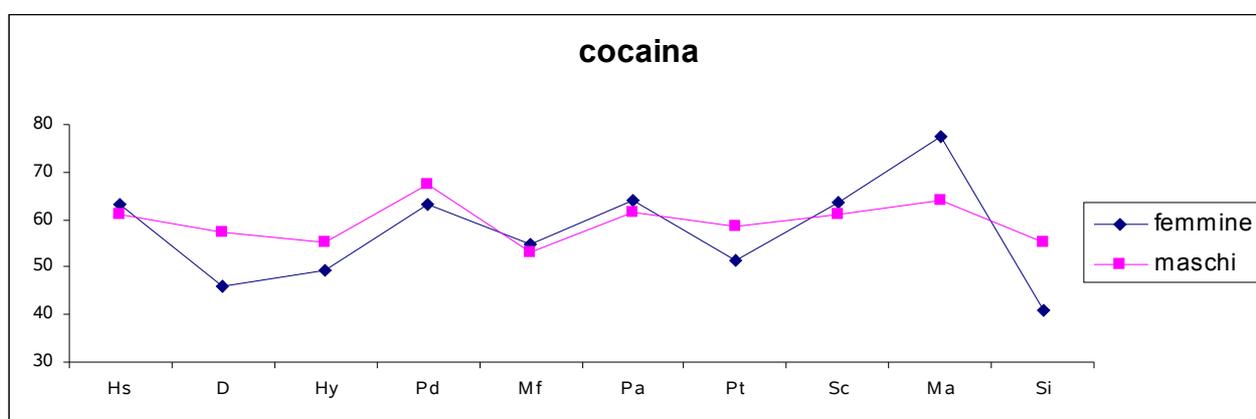


Grafico 7 – Punteggio medio riportato nelle scale del BDHI nel gruppo cocaina per genere

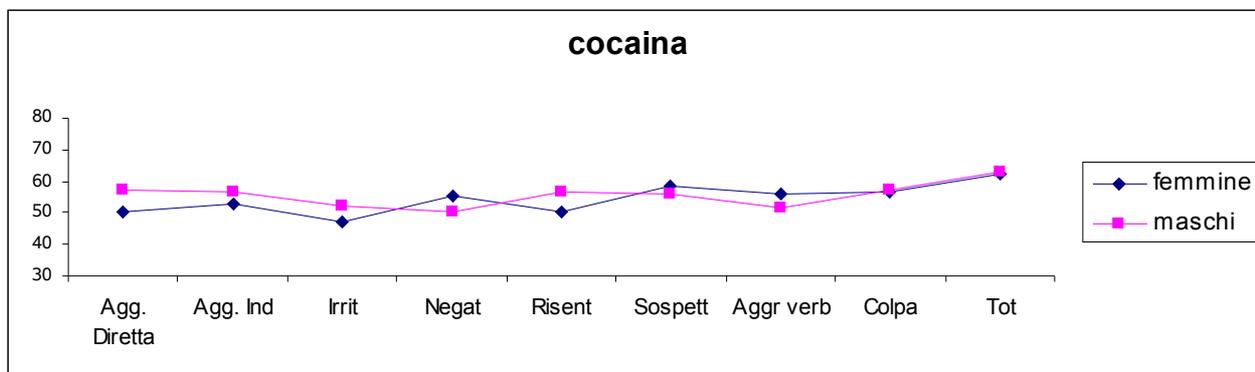
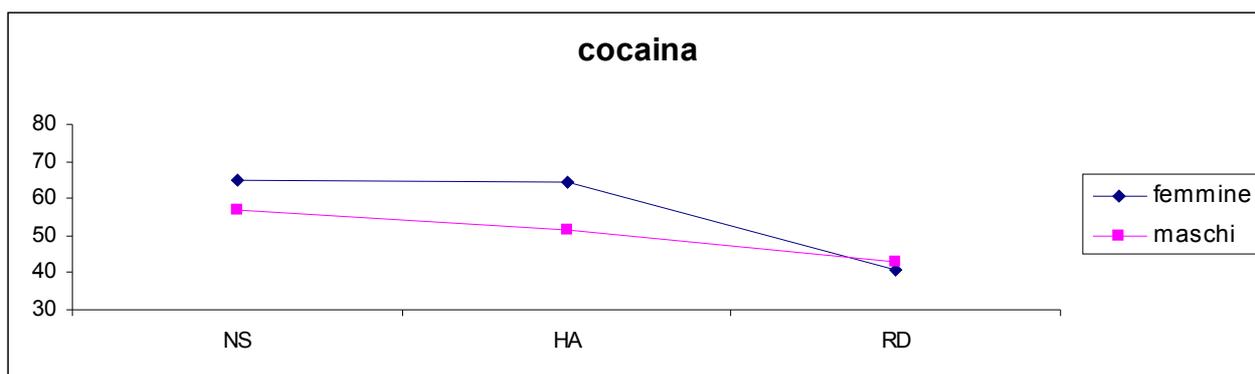


Grafico 8 – Punteggio medio riportato nelle scale del TPQ nel gruppo cocaina per genere



I grafici 9, 10, 11 presentano i punteggi medi nelle scale dei tests MMPI-II, BDHI e TPQ divisi per genere (maschi e femmine) nei soggetti che usano cocaina+eroina; tenendo conto della disparità numerica tra il campione maschile e femminile ciò che emerge è una sostanziale identità nel profilo delle curve grafiche, con una variazione nel punteggio Pd (deviazione psicopatica) più elevato nel sesso maschile.

Tale dato viene comunque riportato in letteratura (Maremmani, 2002)

Grafico 9 – Punteggio medio riportato nelle scale del MMPI-II nel gruppo cocaina+eroina per genere

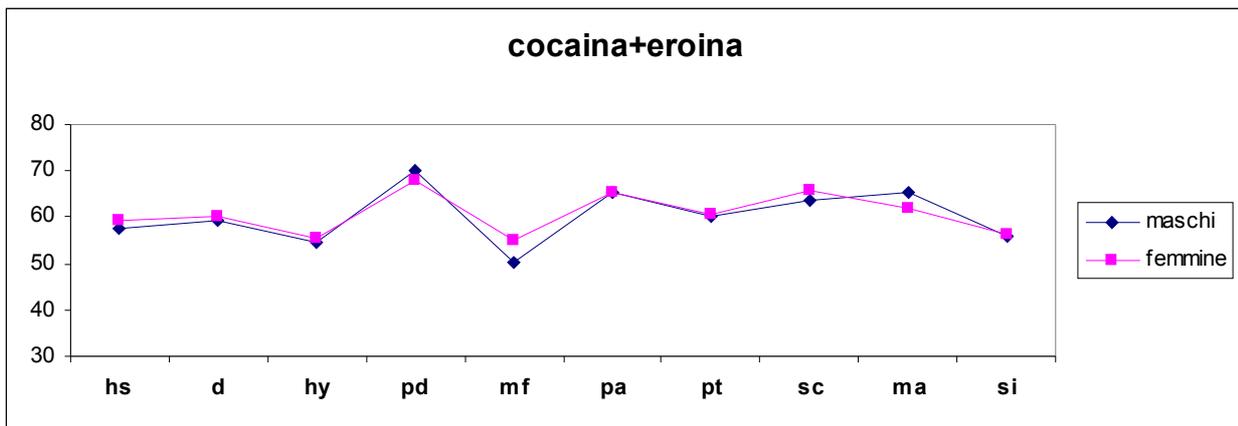


Grafico 10 – Punteggio medio riportato nelle scale del BDHI nel gruppo cocaina+eroina per genere

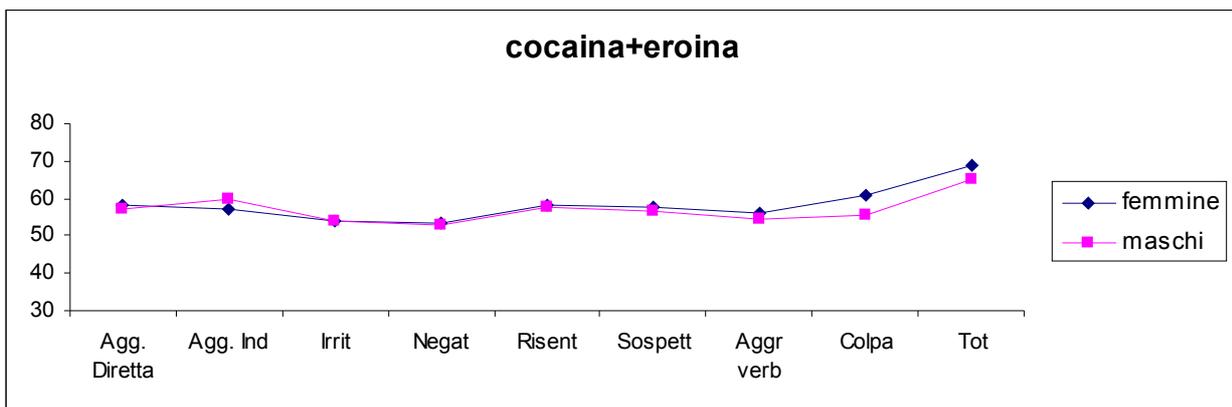
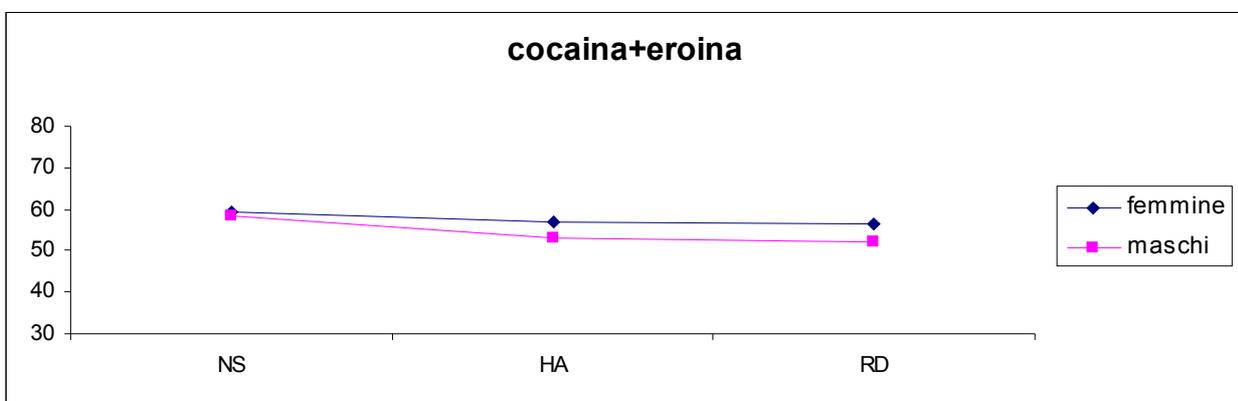


Grafico 11 – Punteggio medio riportato nelle scale del TPQ nel gruppo cocaina+eroina per genere



I Grafici 12, 13 e 14 rappresentano MMPI-II, BDHI e TPQ divisi per genere nei soggetti che usano eroina (53 maschi, 7 femmine). Data la differenza all'interno del campione, non è stato possibile effettuare un confronto tra generi, anche tali grafici potrebbero essere utilizzati come orientamento per altre ricerche.

Grafico 12 – Punteggio medio riportato nelle scale del MMPI-II nel gruppo eroina per genere

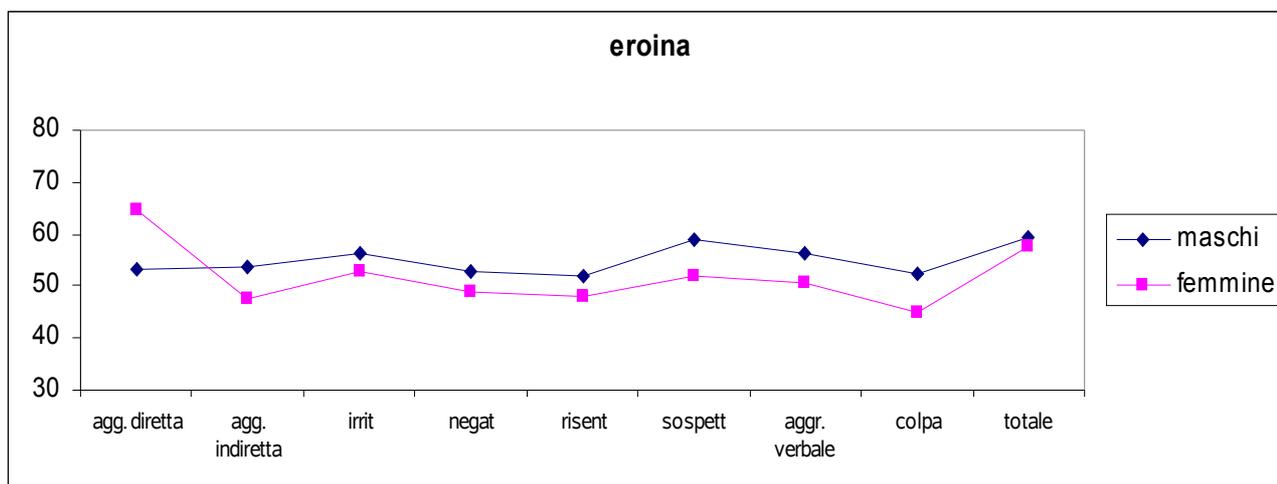
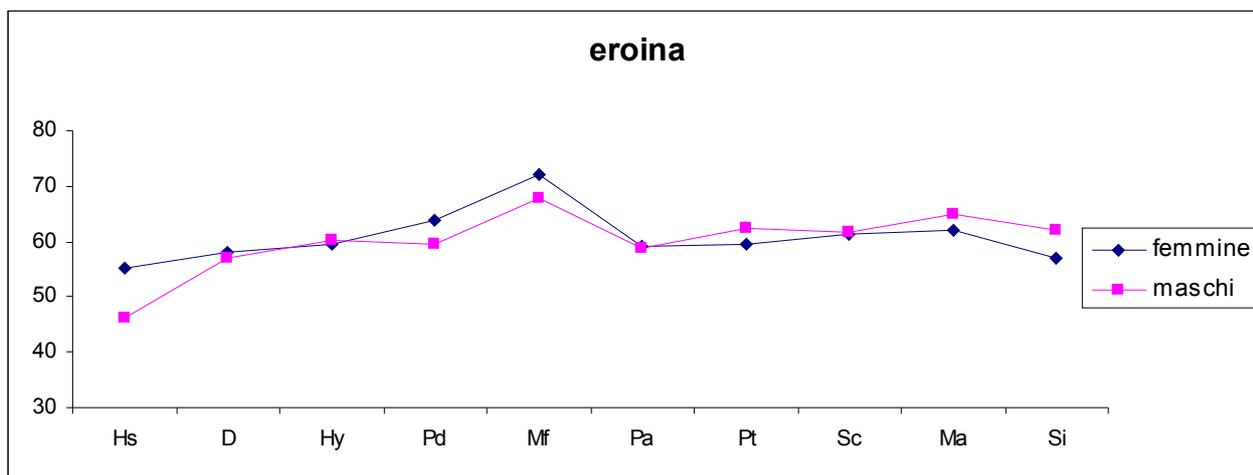
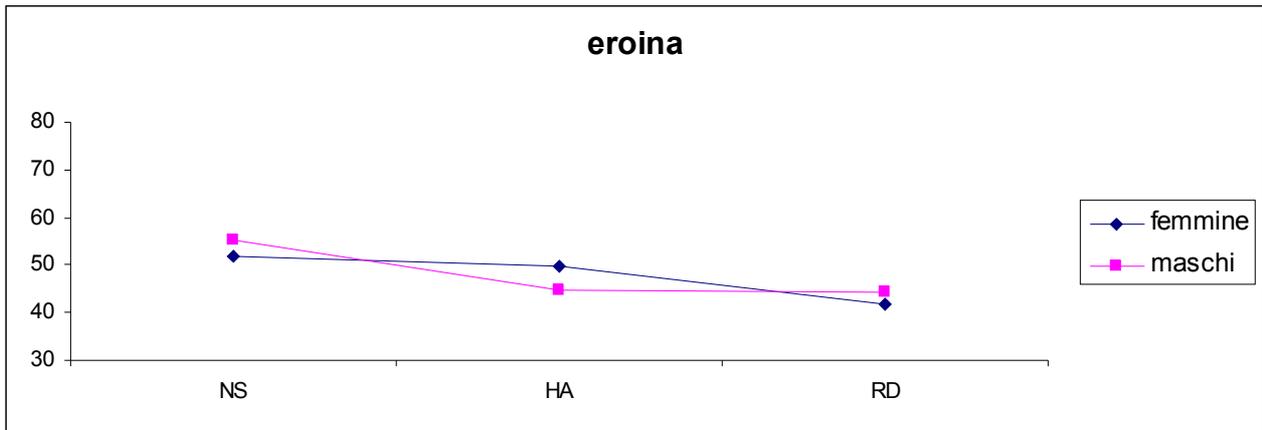


Grafico 13 – Punteggio medio riportato nelle scale del BDHI nel gruppo eroina per genere

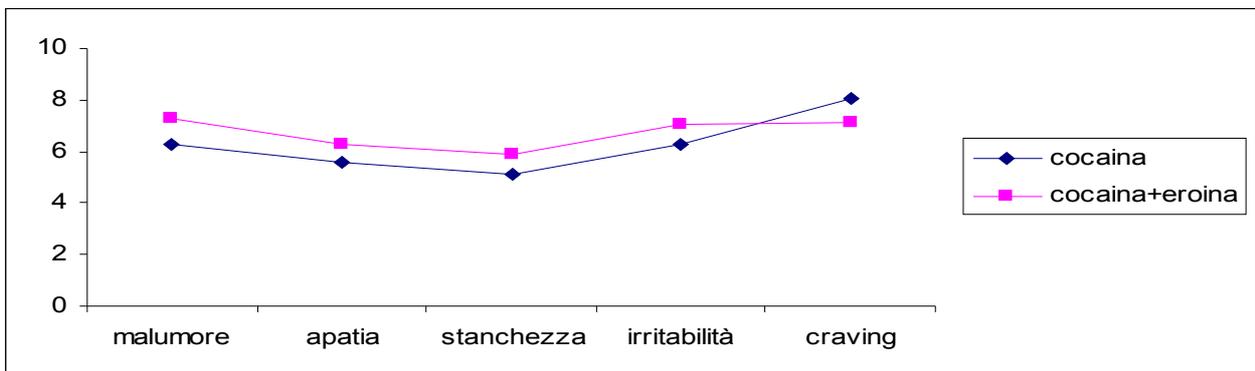
Grafico 14 – Punteggio medio riportato nelle scale del TPQ nel gruppo eroina per genere



In ultimo, si riportano i risultati riguardanti la scala Vas utilizzata per misurare la disforia da cocaina, nelle dimensioni del malumore, apatia, stanchezza, irritabilità e craving.

Gli assuntori di cocaina ed eroina, in media riportano punteggi più alti nelle prime quattro dimensioni rispetto gli assuntori di cocaina. Il punteggio più elevato nella dimensione del craving è ottenuto dal gruppo degli abusatori di cocaina. Tuttavia tali punteggi non presentano differenze significative. Il numero di assuntori di eroina e metadone risulta troppo esiguo per poter essere sottoposto a confronto statistico.

Grafico 15 – Punteggio medio riportato nelle scale della VAS nei gruppi cocaina e cocaina+eroina



Di seguito si riportano i risultati del confronto tra ciascuno dei gruppi in cui è suddiviso il campione ed il gruppo di controllo (T-test).

Tabella 5 – Scale del MMPI-II del gruppo cocaina vs gruppo di controllo

Gruppo	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Cocaina	61.21±1.6 1	56.06±1.5 5	54.62±1.6 5	67.06±1.8 4	53.36±1.5 1	61.96±1.6 7	57.91±1.4 3	62.53±1.5 2	65.28±2.0 8	53.83±1.38
Controls	49.04±1.1 6	47.50±1.2 5	48.08±0.4	48.92±0.9 6	46.46±1.1 1	48.10±0.9 6	47.52±0.7 7	49.84±1.1 0	49.58±1.3 1	48.28±1.28

Nel confronto tra il gruppo cocaina e il gruppo di controllo si apprezzano punteggi statisticamente più elevati per i soggetti in studio per tutte le scale dell'MMPI-II: Hs (Ipocondria) $t=6.18$ $p=0.0000$, D (Depressione) $t=4,31$ $p=0.0000$, Hy (isteria) $t=3.39$ $p=0.0010$, Pd (Deviazione Psicopatica) $t=8.91$ $p=0.0000$, Mf (mascolinità-femminilità) $t=3.71$ $p=0.003$, Pa (Paranoia) $t=7.31$ $p=0.0000$, Pt (psicostenia) $t=6.50$ $p=0.000$, Sc (Schizofrenia) $t=6.81$ $p=0.0000$, Ma (Ipomania) $t=6.46$ $p=0.0000$, Si (Introversione sociale) $t= 2.95$ $p=0.004$

Tabella 6 – Scale del BDHI del gruppo cocaina vs gruppo di controllo

Gruppo	Agg. Diretta	Agg. Ind	Irrit	Negat	Risent	Sospett	Aggr verb	Colpa	Tot
Cocaina	56.73±1.65	56.13±1.3 0	51.44±1.3 7	51.00±1.29	55.91±1.63	56.22±1.65	52.07±1.2 2	57.25±1.54	62.89±1.75
Controls	50.02±0.83	51.22±1.0 2	48.84±1.1 1	47.28±1.06	48.98±1.00	51.00±1.13	48.38±1.5 6	51.00±1.10	49.04±1.04

Il test BDHI evidenzia differenze significative tra cocainomani e gruppo di controllo per le scale: aggressività diretta $t=3.53$ $p=0.0006$, aggressività indiretta $t=2.93$ $p=0.0041$, negativismo $t=2.20$ $p=0.0302$, risentimento $t=3.53$ $p=0.0006$, sospettosità $t=2.56$ $p=0.0119$, aggressività verbale $t=2.18$ $p=0.0313$ senso di colpa $t=3.25$ $p=0.0016$, aggressività totale $t=6.64$ $p=0.0000$. La scala dell'irritabilità non ha presentato differenze significative.

Tabella 7 – Scale del TPQ del gruppo cocaina vs gruppo di controllo

Gruppo	Novelty seeking (NS)	Harm avoidance (HA)	Reward dependence (RD)
Cocaina	57.77±1.76	52.55±2.10	42.85±1.99
Controls	47.48±1.45	51.36±1.95	50.54±1.54

Il TPQ mostra differenze significative tra il gruppo di cocainomani e quello di controllo per i fattori: NS (Novelty Seeking) $t=4.47$ $p=0.0000$ e RD (Reward Dependence) $t=-3.02$ $p=0.0032$. Non emergono differenze statisticamente significative per il fattore HA (Harm Avoidance).

In base a quanto rilevato emerge un profilo del cocainomane “puro” come soggetto caratterizzato da preoccupazioni relative al proprio stato di salute generale (Hs $t= 6.18$ $p=0.0000$) afflitto da malesseri somatici vaghi e aspecifici, lo stesso soggetto presenta marcato disadattamento sociale e difficoltà alla conformazione alle norme comuni (Pd $t=8.91$ $p=0.0000$), una forte propensione all’interpretatività, sospettosità, diffidenza (Pa $t=7.31$ $p=0.0000$), egocentrismo, disinibizione, irritabilità tendenza alla manipolazione (Ma $t=6.4$ $p=0.0000$), all’interno di uno stile di vita anticonformista e con scarso interesse per i rapporti interpersonali (Sc $t= 6.81$ $p= 0.000$).

Egli presenta inoltre tratti temperamentali caratterizzati da tendenza alla ricerca di sensazioni forti (sensation seekers), risulta facilmente eccitabile ed impulsivo (Ns : $t=4.47$ $p=0.0000$) e allo stesso tempo scarsamente sensibile ai segnali sociali di approvazione e di disconferma RD (Reward Dependence) $t=-3.02$ $p=0.0032$.

L’immagine emergente è quella di un soggetto fortemente autocentrato e portato ad esperienze di forte intensità emotiva e che allo stesso tempo pare scarsamente sensibile alle influenze esterne.

In tale contesto l’assunzione di cocaina potrebbe avere funzione pro-attiva nel mantenimento di uno standard di funzionamento.

Nel confronto tra il gruppo eroina+cocaina e il gruppo di controllo vengono rilevati punteggi significativamente più elevati rispetto a quest’ultimo per le scale dell’MMPI-II: Hs (Ipocondria) $t=4.53$ $p=0.0000$, D (depressione) $t=5.77$ $p=0.0000$, Hy (isteria) $t=3.82$ $p=0.0002$, Pd (Deviazione psicopatica) $t=12,04$ $p=0.0000$, Mf (mascolinità-femminilità) $t=2.69$ $p=0.0083$, Pa (Paranoia) $t=9.96$ $p=0.0000$, Pt (Psicastenia) $t=6.82$ $p=0.0000$, Sc (Schizofrenia) $t=7.40$ $p=0.0000$, Ma (Ipomania) $t=6.59$ $p=0.0000$, Si (introversione sociale) $t=4.09$ $p=0.0001$.

Tabella 8 – Scale del MMPI II del gruppo cocaina+eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
cocaina+eroina	58.21±1.5	59.60±1.5	54.76±1.2	69.25±1.2	51.83±1.5	65.24±1.3	60.36±1.5	64.33±1.4	64.10±1.6	55.84±1.28
a	1	5	9	7	1	0	2	8	3	
controls	49.04±1.1	47.50±1.2	48.08±0.4	48.92±0.9	46.46±1.1	48.10±0.9	47.52±0.7	49.84±1.1	49.58±1.3	48.28±1.28
	6	5		6	1	6	7	0	1	

Per quanto riguarda il test BDHI si osservano differenze significative con il gruppo di controllo per tutte le scale: aggressività diretta $t=3.99$ $p=0.0001$, aggressività indiretta $t=5.23$ $p=0.0000$, irritabilità $t=3.31$ $p=0.0013$, negativismo $t=3.54$ $p=0.0006$, risentimento $t=5.15$ $p=0.0000$, sospettosità $t=3.26$ $p=0.0015$, aggressività verbale $t=4.12$ $p=0.0001$ senso di colpa $t=3.75$ $p=0.0003$, aggressività totale $t=8.90$ $p=0.0000$.

Tabella 9 – Scale del BDHI del gruppo cocaina+eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Agg. Diretta	Agg. Ind	Irrit	Negat	Risent	Sospett	Aggr verb	Colpa	Tot
cocaina+eroina	57.71±1.63	58.81±1.0	53.97±1.0	53.12±1.23	57.83±1.34	57.05±1.42	55.10±1.1	57.55±1.31	66.47±1.58
		2	7				4		
controls	50.02±0.83	51.22±1.0	48.84±1.1	47.28±1.06	48.98±1.00	51.00±1.13	48.38±1.5	51.00±1.10	49.04±1.04
		2	1				6		

Il TPQ evidenzia differenze significative tra il gruppo dei consumatori di cocaina+eroina ed il gruppo di controllo per il solo fattore NS (Novelty Seeking) $t=4.84$ $p=0.0000$; nessuna per i fattori HA (Harm Avoidance) e RD (Reward Dependence).

Tabella 10 – Scale del TPQ del gruppo cocaina+eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Novelty seeking (NS)	Harm avoidance (HA)	Reward dependence (RD)
cocaina+eroina	58.90±1.82	54.60±2.21	53.81±2.11
controls	47.48±1.45	51.36±1.95	50.54±1.54

Il profilo dell'assuntore di cocaina ed eroina ricalca accentuandole alcune delle caratteristiche del cocainomane prima descritto con un aumento significativo del valore Pd (Deviazione psicopatica) $t=12.04$ $p=0.0000$, Pa (Paranoia) $t=9.96$ $p=0.0000$; D (depressione) $t=5.77$ $p=0.0000$ e Pt (Psicastenia) $t=6.82$ $p=0.0000$, che risultano maggiormente significative rispetto al gruppo cocaina.

Da quanto sopra riportato emerge l'immagine di un soggetto fortemente connotato da comportamenti devianti (Pd $t=12.04$ $p=0.0000$), estremamente diffidente (Pa $t=9.96$ $p=0.0000$), preoccupato per la propria condizione di salute (Hs $t=4.53$ $p=0.0000$), vulnerabile ad ampie fluttuazioni timiche (Ma $t=6.59$ $p=0.0000$ e D $t=5.77$ $p=0.0000$) e dotato di un basso livello di energia interna (Pt $t=6.82$ $p=0.0000$). Risultano accentuati i problemi legati all'eccessiva anticonvenzionalità (Sc $t=7.40$ $p=0.0000$).

L' « assuntore misto » risulta essere temperamentalmente impulsivo e ricercatore di sensazioni estreme come evidenziato dall'elevato punteggio del fattore Ns (Novelty Seeking) $t=4.84$ $p=0.0000$.

La descrizione di questa tipologia di assuntori fa supporre una costellazione psichica caratterizzata da alterazioni del tono dell'umore contropolari e coesistenti in una struttura temperamentale in cui si associano impulsività, paura e dipendenza.

Le connotazioni antisociali e la tendenza interpretativa potrebbero essere il risultato dell'instabilità conseguente a ciò, il tratto prevalente sembrerebbe essere quello di un soggetto fortemente disforico (Akiskal, B.A, 1992) estremamente sensibile sia a variazioni « endogene » che a segnali « esogeni » e che tenterebbe di modulare tali stati attraverso l'alternanza nell'utilizzo di sostanze di opposto effetto o nella loro associazione.

Nel confronto tra il gruppo eroinomani « puri » e il gruppo di controllo si rilevano punteggi statisticamente significativi rispetto alle scale del MMPI-II: D (depressione) $t=4.43$ $p=0.0000$, Hy (Isteria) $t=6.17$ $p=0.0000$, Pd (Deviazione Psicopatica) $t=5.81$ $p=0.0000$, Mf (Mascolinità-femminilità) $t=9.00$ $p=0.0000$, Pa (Paranoia) $t=5.63$ $p=0.0000$, Pt (Psicastenia) $t=7.37$ $p<0.0000$, Sc (Schizofrenia): $t=5.43$ $p=0.0000$, Ma (Ipomania) $t=6.20$ $p=0.0000$, Si (Introversione Sociale) $t=5.31$ $p=0.0000$. Nessuna differenza significativa è riscontrata per la scala Hs.

Tabella 11 – Scale del MMPI-II del gruppo eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
eroina	47.21±1.6	57.21±1.7	60.07±1.5	60.12±1.5	68.16±2.0	58.88±1.5	62.12±1.7	61.49±1.7	64.50±1.9	61.48±2.02
	2	2	6	9	2	7	1	6	2	
controls	49.04±1.1	47.50±1.2	48.08±0.4	48.92±0.9	46.46±1.1	48.10±0.9	47.52±0.7	49.84±1.1	49.58±1.3	48.28±1.28
	6	5		6	1	6	7	0	1	

Il BDHI non presenta differenze significative tra eroinomani e gruppo di controllo per le seguenti scale: aggressività diretta, aggressività indiretta, risentimento, senso di colpa.

Significative sono invece le scale: irritabilità $t=4.10$ $p=0.0001$, negativismo $t=3.06$ $p=0.0028$, sospettosità $t=3.77$ $p=0.0003$, aggressività verbale $t=3.59$ $p=0.0005$, aggressività totale $t=5.68$ $p=0.0000$.

Tabella 12– Scale del BDHI del gruppo eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Agg. Diretta	Agg. Ind	Irrit	Negat	Risent	Sospett	Aggr verb	Colpa	Tot
eroina	47.80±2.93	53.15±1.3	55.82±1.2	52.49±1.31	51.53±1.34	58.16±1.49	55.65±1.6	51.58±1.40	59.24±1.43
		9	7				2		
controls	50.02±0.83	51.22±1.0	48.84±1.1	47.28±1.06	48.98±1.00	51.00±1.13	48.38±1.5	51.00±1.10	49.04±1.04
		2	1				6		

Il TPQ evidenzia significatività elevata per il fattore NS (Novelty Seeking) $t=3.54$ $p=0.0006$ nel confronto con il gruppo di controllo e nessuna significatività per gli altri fattori temperamentali.

Tabella 13 – Scale del TPQ del gruppo eroina vs gruppo di controllo

Gruppo	Novelty seeking (NS)	Harm avoidance (HA)	Reward dependence (RD)
eroina	54.76±1.44	45.11±2.87	43.84±3.26
controls	47.48±1.45	51.36±1.95	50.54±1.54

Questa tipologia di assuntore risulta presentare problemi correlati alla conformazione a stereotipi di genere e ruolo (Mf $t=9.00$ $p=0.0000$), diffidenza e sospettosità (minore rispetto al gruppo dei soggetti cocainomani e misti) (Pa $t=5.63$ $p=0.0000$), egocentrismo, irritabilità e disinibizione (Ma : $t=6.20$ $p=0.0000$).

Sono presenti in misura significativa senso di colpa e sentimenti di inadeguatezza (D : $t=4.43$ $p=0.0000$), tendenza alla teatralità e alla seduttività (Hy : $t=6.17$ $p=0.0000$), difficoltà alla conformazione alle norme sociali (Pd : $t=5.81$ $p=0.0000$), faticabilità e bassa energia (Pt $t=7.37$ $p<0.0000$:), inibizione sociale e sentimenti di inferiorità (Si : $t=5.31$ $p<0.0000$) ed infine con aspetti anticonvenzionali (Sc.: $t=5.43$ $p=0.0000$).

Il profilo temperamentale rileva una tendenza alla ricerca di forti emozioni (Ns: $t=3.54$ $p=0.0006$).

Questa tipologia di soggetti appare connotata da un globale difficoltà all'adattamento sociale mutuata da sentimenti di inferiorità coesistenti con egocentrismo, seduttività, e tendenza alla manipolazione in un contesto di impulsività e di difficoltà normativa.

Si delinea un'identità compromessa o difettuale che appare presumibilmente essere correlata con quanto sopra descritto, l'eroina potrebbe in questo caso corrispondere al tentativo di mantenere una condizione interna più vicina possibile all'omeostasi.

Il gruppo metadone e il gruppo di controllo evidenziano differenze nei punteggi delle seguenti scale dell'MMPI-II: D (Depressione) $t=6.31$ $p=0.0000$, Hy (Isteria) $t=6.61$ $p=0.0000$, Pd (Deviazione psicopatica) $t=5.96$ $p=0.0000$, Mf (Mascolinità-femminilità)

t=9.62 p=0.0000, Pa (Paranoia) t=3.63 p=0.0005, Pt (Psicostenia) t=8.22 p=0.0000, Sc (Schizofrenia) t=3.74 p=0.0003, Ma (Ipomania) t=5.31 p=0.0000, Si (introversione sociale) t=5.47 p=0.0000. Nessuna differenza è rilevata per le scale Hs (Ipocondria).

Tabella 14 – Scale del MMPI-II del gruppo metadone vs gruppo di controllo

Gruppo	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
metadone	50.00±2.4 5	60.40±1.6 1	60.73±1.7 5	60.97±2.0 7	68.47±2.3 1	54.57±1.6 5	62.77±2.0 3	57.93±2.1 0	61.63±1.9 5	63.7±2.96
controls	49.04±1.1 6	47.50±1.2 5	48.08±0.4	48.92±0.9 6	46.46±1.1 1	48.10±0.9 6	47.52±0.7 7	49.84±1.1 0	49.58±1.3 1	48.28±1.28

Nel test BDHI si osservano differenze significative con il gruppo di controllo per le sole scale: irritabilità t=2.89 p=0.0049, aggressività verbale t=3.55 p=0.0007, aggressività totale t=4.96 p=0.0000, che risultano più elevate.

Tabella 15 – Scale del BDHI del gruppo metadone vs gruppo di controllo

Gruppo	Agg. Diretta	Agg. Ind	Irrit	Negat	Risent	Sospett	Aggr verb	Colpa	Tot
metadone	51.88±3.29	54.83±2.1 6	54.70±1.8 6	50.73±1.96	51.80±2.19	52.60±2.12	56.23±2.1 1	52.63±1.86	59.60±2.13
controls	50.02±0.83	51.22±1.0 2	48.84±1.1 1	47.28±1.06	48.98±1.00	51.00±1.13	48.38±1.5 6	51.00±1.10	49.04±1.04

Nel test TPQ si evidenzia una differenza significativa tra il gruppo dei consumatori di metadone ed il gruppo di controllo nel fattore NS (t= 2.84 p=0.005) che risulta più elevato.

Tabella 16 – Scale del TPQ del gruppo metadone vs gruppo di controllo

Gruppo	Novelty seeking (NS)	Harm avoidance (HA)	Reward dependence (RD)
metadone	54.97±2.40	49.50±3.26	44.44±3.94
controls	47.48±1.45	51.36±1.95	50.54±1.54

Al fine di verificare le relazioni tra le scale dei test psicometrici nei gruppi d'abuso, è stato utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson. La tabella 16 presenta le correlazioni tra le scale dei test con risultato significativo per almeno un gruppo d'abuso (escluso metadone).

Tabella 17 – Correlazione tra le scale dei tests nei gruppi cocaina, cocaina+eroina e eroina

ns= non significativo

Scale psicometriche	Cocaina		Cocaina+ Eroina		Eroina	
	r	p-value	r	p	r	p-value
Psicoastenia (ansia) Revard Dependence (dipendenza dalla ricompensa)	0.58	0.000	0.31	0.023	0.31	0.024
Psicoastenia (ansia) Novelty Seeking (ricerca della novità)	-0.26	ns	0.05	ns	0.45	0.000
Psicoastenia (ansia) Paranoia (autoriferimento, interpretatività)	0.61	0.000	0.67	0.000	-0.01	ns
Paranoia (autoriferimento, interpretatività) Sospettosità	0.44	0.002	0.38	0.004	0.07	ns
Paranoia (autoriferimento, interpretatività) Revard Dependence (dipendenza dalla ricompensa)	0.43	0.003	0.29	0.038	0.13	ns
Depressione Deviazione Psicopatica (grado di indifferenza alle regole sociali)	0.37	0.011	0.42	0.000	0.66	0.000

Conclusioni

Tutti gli assuntori di sostanze presentano alterazioni delle scale psicometriche rispetto alla media di riferimento del gruppo di controllo. Ciò pare confermare l'identità tra consumo e sintomi psichici (psichiatrici?). La presenza di deviazioni psicopatologiche non è correlata ad un determinato tipo di sostanza utilizzata (sono presenti in tutti i soggetti), ma con la pratica tossicomane mentre esiste un legame tra il tipo di sostanza assunta e determinate alterazioni rilevate dai test. Risulta perciò possibile ipotizzare una specificità di sintomi e di struttura personologica in base alla scelta di un pattern specifico di assunzione e del tipo di sostanza.

L'analisi dei dati emersi dal presente studio indirizza ad alcune riflessioni sul contenuto e sul significato della cospicua quantità di riflessioni rilevate.

Pare esistere una differenziazione tra tipologia di consumatori di sostanze ovvero una selezione della sostanza scelta o di un "pattern" di sostanze in base ad una configurazione personologica / temperamentale. L'eroinomane e l'assuntore di metadone mostrano una certa somiglianza nel profilo del punteggio e dalla descrizione grafica dei risultati dei vari test somministrati (MMPI II, TPQ, BDHI) nonostante poi l'analisi statistica abbia rilevato una deviazione standard in confronto al gruppo di controllo, tale da farci escludere il gruppo di metadonizzati dalla discussione conclusiva.

Questa osservazione ci fa ipotizzare una forma di "dimensionalità" dell'assuntore di oppiacei (eroina o metadone) in cui la scelta dell'astinenza o l'oscillazione tra le due risulta influenzata dalle caratteristiche personologiche e temperamentali così come dalla

presenza di elementi psicopatologici, tale affermazione può trovare riscontro in letteratura. (Maremmani 2002, Galante 1989).

Il gruppo di cocainomani e quello degli assuntori di cocaina ed eroina tendono invece a presentare forti differenze sia con il profilo dei consumatori di oppiacei (Metadone e Eroina) sia tra loro stessi individuandosi maggiormente come “categorie” specifiche anche se con alcuni punti di contatto tra loro. Tale osservazione risulta avvalorata dalla presenza negli assuntori “misti” di una significativa influenza da parte del fattore temperamentale RD (dato non reperito in letteratura) che tenderebbe a differenziare i profili dei gruppi. I cocainomani presentano invece un profilo simile a quanto atteso e riportato in letteratura sia per la struttura temperamentale (Roll, Sailes 2004) che per la configurazione delle scale dell’ MMPI II (Craig R., 1992).

Il gruppo degli assuntori “misti” potrebbe peculiarmente soggetto a stati disforico / irritabili (Akiskal, 1992) in cui l’alternanza delle sostanze avrebbe forte valenza automedicazionale (Khantzian, 1980).

La ricerca di cocaina come sostanza preferenziale singola potrebbe altresì essere correlata ad uso edonistico / funzionalistico che a stati affettivi anomali o spiacevoli, ma più “stabili”, con maggiore corrispondenza con i tratti personologici.

Una questione da dirimere attraverso l’analisi lifetime dei soggetti assuntori è quella del rapporto di causalità tra l’emergenza di elementi psicopatologici relativi alla personalità o a specifiche entità nosografiche (DSMIV-R, 2004) e le sostanze stupefacenti o di abuso. Tale rapporto resta un elemento centrale ed un obiettivo irrinunciabile per il futuro; questo lavoro offre tuttavia alcune indicazioni in tal senso come si evince da quanto sin qui riportato.

Ulteriori ricerche e confronti potranno valicare o confutare questa serie di osservazioni e di riflessioni.

La realizzazione di questa ricerca ha portato una messe di dati e ci ha permesso di formulare alcune ipotesi etiopatogenetiche che necessitano di ulteriori approfondimenti al fine di corroborare quanto rilevato e introdurre una serie di variabili che fornirebbero ulteriore supporto alle suddette ipotesi. Dovendo fornire elementi di delucidazione formuleremo le questioni aperte per punti programmatici:

- Correlazione tra le significatività emerse e le variabili ambientali (famiglia, professione, livello culturale, ecc...) al fine di verificare la influenza esercitate da questi fattori sull’esordio e l’andamento clinico della condotta tossicomantica.
- Verifica di eventuali analogie tra le tipologie tossicomantiche rilevate ed altre tipologie di consumatori (es: esistono similarità tra i consumatori “misti” e i poliabusatori di sostanze ricreative? Si tratta di differenze dimensionali o categoriali?...).

- Studio di ipotesi di trattamento farmacologico e psicoterapeutico progettati in base alle differenze tipologiche dei soggetti esaminati.
- Studio dei correlati biologici che potrebbero confermare e convalidare le ipotesi formulate (valutazioni neuroendocrino, ecc...).
- Approfondimento in materia di progettazione testistica con individuazione di protocolli di ricerca sempre più efficaci e sensibili per lo studio delle tipologie di assuntori di sostanze (in primis: cocaina).
- Individuazione di luoghi e di protocolli per la presa in carico di questi soggetti in gran parte non assimilabili all'utenza consueta dei Ser.T.

Riflessioni e possibili orientamenti per i Servizi e il trattamento

Da quanto rilevato dallo studio in esame e dalle indicazioni epidemiologiche in nostro possesso, si evince il dato di un crescente uso di cocaina, che tende ad organizzarsi selettivamente in fasce di utilizzo distinte fra loro.

Il nostro lavoro è stato, per scelta di progettazione, essenzialmente centrato su utilizzatori di sostanze in condizione di franca problematicità (utenti di Ser.t, soggetti in comunità) e perciò si configura “ ab initio” come panoramica parziale che traslascia completamente gli assuntori che non fanno riferimento a tali strutture e quelli che afferiscono a strutture di altro genere (ambulatori medici, cliniche, servizi territoriali psichiatrici, liberi professionisti). Ciò che ne deriva è un'immagine incompleta e difettuale, dato che la quota di assuntori a noi sconosciuta è quella ponderalmente più rilevante (Pavarin, 2003).

Il comportamento di questi soggetti indica chiaramente che essi sono scarsamente attratti dai servizi offerti dal Ser.T ed è ipotizzabile che tale scelta sia stata influenzata sia dalla paura della stigmatizzazione, che dalla percepita impreparazione dei servizi nella presa in carico di queste problematiche. A ciò si aggiunge la scarsa consapevolezza della rischiosità della propria condizione da parte degli stessi individui.

Il cocainomane non tossicodipendente è un soggetto a forte rischio sanitario prospettico, ovvero, potenzialmente vulnerabile all'erosione fisica che caratterizza l'uso continuativo di cocaina.

La sua struttura psicologica in cui la consapevolezza del rischio è assente od oscillante, a seconda dei periodi di assunzione o dei segnali sociali, lo rende soggetto a rischio di disagio psichico, quando non di patologia psichiatrica (depressioni reattive, legate ad assunzione attiva o ad astinenza, ansia, stati psicotici).

In esso, come si può facilmente comprendere, è sfumato il confine tra vulnerabilità e malattia: questa sospensione di giudizio diagnostico ed auto-diagnostico implica sia la sua reticenza nella richiesta di aiuto, che, da parte nostra, nella capacità di offrirlo, con il rischio di una sottovalutazione o al contrario di una massiccia medicalizzazione (spesso punto di criticità dell'attività dei Ser.T).

Tale atteggiamento non può essere compatibile con una tipologia di potenziali pazienti che include professionisti e studenti ben lontani dalle marginalità e dalle condotte dissociali, proprie della tossicodipendenza.

Per questa fascia di assuntori si auspica l'applicazione di una metodologia di trattamento caratterizzata da una differente dislocazione ambulatoriale rispetto a quella interna alla struttura dei Ser.T, che permetterebbe una maggiore "discrezione" di cura e un affinamento della specificità di intervento (gruppi di aiuto auto ed etero condotti, approcci psicoterapeutici individuali, farmacoterapia mirata).

L'identificazione e il reclutamento di questi soggetti può essere garantita solo da un lavoro di rete che includa l'attivazione di protocolli di intesa e di intervento con l'universo professionale, medico - psicologico da una parte (medicina generale, servizi territoriali, centri per il disagio giovanile) e con le unità di strada che gestiscono i contatti con il mondo dei luoghi ricreazionali dall'altra.

Le modalità di intervento devono essere costruite su di una piattaforma d'intesa concordata con le strutture e le figure professionali prima citate e mantenendo un atteggiamento non invasivo indirizzato più all'evidenziazione dell'offerta che alla pressione alla domanda.

Un modello di intervento operativo che tenga conto di questi fattori si costituisce come centralità di obiettivo per le politiche sanitarie e diviene metodo di reale prevenzione e contenimento prima ancora che di cura.

Per ciò che riguarda il lavoro a noi commissionato si sottolinea l'importanza dei dati rilevati che vengono riassunti in ciò che segue: l'utilizzo della batteria protocollare di test psicometrici (MMPI II, TPQ, BDHI) evidenzia la possibilità di suddividere il campione per tipologie, ovvero, per strutture psicopatologiche differenti e differenziate. Gli assuntori di eroina e di metadone risultano simili per ciò che riguarda gli elementi relativi alla personalità e al gruppo di sintomi, da essi riferiti.

Si tratta di soggetti che probabilmente si assomigliano per modalità espressive, comportamentali e per tipo di sintomatologia correlata all'uso e all'abuso di oppiacei (depressione, comportamenti devianti ecc...); il gruppo in metadone appare però più "mitigato" rispetto al peso dei sintomi che accompagnano l'assunzione di oppioidi e questo potrebbe essere sia causa, sia conseguenza della scelta della sostanza o del suo effetto.

Entrambi i gruppi sono comunque costituiti da soggetti con strutture di personalità caratterizzate da impulsività, dissocialità, difficoltà di adeguamento alle norme condivise e propensione agli agiti.

Si tratta perciò di individui con strutture caratterologiche alterate rispetto alla norma di riferimento, si può ipotizzare per questi soggetti una presa in carico da parte dei servizi, che faccia riferimento ai consueti modelli di intervento e l'eventuale problema è da ricercarsi nel loro affinamento ma non nella loro congruità.

Dato che le problematiche correlate ad abuso e dipendenza paiono interagire con le strutture personologiche alterate, oltre che alle normali procedure di gestione di abuso, astinenza, dipendenza con i farmaci sostitutivi (il metadone in questa tipologia pare più indicato come riportato da lavori di letteratura) un'approccio psicopedagogico orientato al problem-solving, dovrebbe essere in grado di consentire una maggiore adesione al trattamento e ad un più efficace out-come (Linhean, 1994; Beck et al., 2003). La vulnerabilità depressiva rilevata e la rigidità della struttura identitaria possono essere riconducibili alle dinamiche proprie di un disturbo di personalità, così come l'impulsività, e vanno trattate con farmaci di comprovata efficacia (stabilizzatori dell'umore, antidepressivi di nuova generazione, antipsicotici tradizionali e atipici).

Le caratteristiche fin qui descritte per i due gruppi presi in esame, sono comunque in linea con quanto reperibile nella letteratura scientifica internazionale (Zuckerman, 1988; Cloninger, 1994; Maremmani, 2002; Garuti, 2003).

I cocainomani ed i soggetti assuntori "mixed" (cocaina più eroina) emergono in modo differente rispetto al gruppo degli assuntori di oppioidi e si differenziano sostanzialmente anche fra di loro.

Il profilo del cocainomane "puro" appare quello di un soggetto più vicino alla tipologia definita da Zuckerman "sensation-seekers" (1988), ovvero, a quello di un soggetto fortemente incline alla ricerca di sensazioni estreme, sensibile alla frustrazione ed alla noia e perciò orientato agli aspetti gratificanti della sostanza.

Il disegno che ne emerge è di un individuo che in ambito psicoanalitico definiremmo come soggetto ad un'alta "fragilità narcisistica", che lo espone sia a fenomeni depressivi che a condotte antinormative ideologiche e strumentali, giustificate dalla centralità e dalla autoreferenzialità della propria rappresentazione e dei propri bisogni.

Si tratta, perciò, di un soggetto, almeno inizialmente, meno marginalizzato dell'eroinomane, ma forse anche più fragile di quest'ultimo agli insuccessi personali e alle delusioni, a cui cerca di ovviare con l'uso della sostanza.

A nostro parere, la politica dei servizi dovrebbe orientarsi verso la creazione di moduli operativi specifici per questa tipologia di pazienti, con una particolare attenzione al fatto

che essi, durante le fasi di interruzione o attenuazione degli abusi, possono presentare un funzionamento di facciata apparentemente normale. L'approccio con questi soggetti dovrebbe essere quello di follow-up a lungo termine, anche quando le crisi relative all'abuso e all'astinenza siano risolte, poiché la loro sensibilità estrema alla frustrazione e alla noia risultano vulnerabilità stabili.

In questo caso, un approccio di gruppo orientato alla prevenzione di rischio di ricaduta di matrice cognitivista parrebbe il più indicato, come riportato dalla letteratura nordamericana (Beck, Freeman, 2000).

Il dato più interessante emerso dalla presente ricerca, è quello relativo agli assuntori misti (cocaina più eroina).

Questa tipologia di soggetti è quasi completamente assente dai report della letteratura internazionale; tale considerazione può essere riconducibile a due fattori ugualmente possibili o coesistenti:

- Loro occultamento diagnostico, dovuto alla sola recente acquisizione di figure professionali in grado di rilevarli.
- Recente insorgenza del fenomeno legata alla maggiore disponibilità della cocaina.

Questi soggetti sono caratterizzati da una forte instabilità interna del tono dell'umore, in cui coesistono elementi di "spinta" e di "frenata" come evidenziato dai test psicometrici.

Gli stessi soggetti parrebbero estremamente sensibili ai segnali di approvazione o biasimo esterni. La risultante di queste e opposte forze si condensa nel concetto di disforia (Akiskal,1981), stato contraddistinto da depressione, disperazione, irritabilità, instabilità nella percezione della propria identità).

Per questi soggetti risulta estremamente suggestiva l'ipotesi di un forte approccio auto-medicazione all'uso delle sostanze (Khantzian, 1997), che, nella loro assunzione alternante o sincronica, vede un tentativo di riduzione delle oscillazioni interne proprie della condizione disforica.

In questa tipologia di assuntori appare centrale il tentativo di correggere questa condizione che influenza drammaticamente la vita di tali soggetti.

Nell'ambito dei farmaci sostitutivi, vi è una riconosciuta attività antidisforica della buprenorfina, che potrebbe essere il farmaco elettivo nelle condizioni di dipendenza accertata (Montoya, 2000).

Esiste qualche indicazione d'efficacia per l'utilizzo di stabilizzatori dell'umore, di alcuni antidepressivi e degli antipsicotici atipici, ma nessuna linea guida definita. L'impressione è che questi saranno i principali frequentatori delle strutture dei Ser.T nel prossimo futuro, la loro sensibilità ai segnali di approvazione sociale li rende potenzialmente, previa

stabilizzazione, sensibili e ricettivi ad un approccio psicoterapeutico, le cui modalità ed orientamento teorico sono sostanzialmente da costruire.

Crediamo che un approfondimento in tal senso e nella gestione farmacologica del problema sia una delle indicazioni più importanti emersi dal presente studio.

Bibliografia

A. Deyer , J. M. Aubry, A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension, *Bipolar Disorders* 2000 Dec, Vol: 2 (4), pp, 316- 24.

Agents in development for the management of cocaine abuse. Gorelick DA, Gardner EL, Xi ZX. *Drugs*. 2004;64(14):1547-73.

Akiskal HS, Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the "Borderline " Realm, *Psychiatric Clinics of North America* Vol. 4, No.1, April 1981.

C, Garuti, L. Ghodori, E.Scioti, Uso di eroina e cocaina: caratteristiche a confronto con MMPI II, In *Personalità/ Dipendenze*, Vol. 9, Fascicolo II, 2003, Mucchi Editore, Modena; p. 227-239

C.Giordano, J.V. Wood, Depressive personality styles, dysphoria, and social comparisons in everyday life, *J Personality and social psychology* 2000, sep, vol: 79 (3), P: 438-51.

Cloninger,MD, *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its Development and Use*, Center for Psychobiology of Personality, Washington University, ST.Louis, Missouri 1994.

Cocaine medications, cocaine consumption and societal costs. Cartwright WS. National Institute on Drug Abuse, Bethesda, Maryland 20892, USA., *Pharmacoeconomics*. 2000 Oct;18(4):405-13.

Craing R.J., Olson R., MMPI subtypes for cocaine abusers- Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, June 1992.

D.S. Janowsky, Depression and dysphoria effects on the interpersonal perception of negative and positive moods and caring relationships: effects of antidepressants, amphetamine, and methylphenidate, *Current Psychiatry Reports* 2003 Dec, Vol: 5 (6), pp 451 – 9.

Donovan J.M., Soldz S., Kelley H. F., Penk W.E., Four addictions: the MMPI and discriminant function analysis. *J Addict Dis*, 1998; 17(2): 41-55.

Helmus TC, Doweney KK, Arfken CL, Henderson MJ, Schuster CR, Novelty seeking as a predictor of treatment retention for the dependent cocaine users, *Drug Alcohol Depend.* 2001 Feb 1 ; 61 (3) : 287-95.

Henry C, Mitropoulou V., New AS, Affective instability and impulsivity in borderline personality bipolar II disorders : similarities and differences, *J Psychiatr Res.* 2001 Nov – Dec; 35 (6): 307 -12.

I. Maremmani, S.Canoniero, *Psicopatologia dell' "addiction". Un'Ipotesi Interpretativa*, *Ann Ist Super Sanità* 2002; 38 (3): 241-257.

J.M. Roll, K.K.Saules, Relationship Between tridimensional Personality Questionnaire Scores and Clinic Attendance Among Cocaine Abusing, Buprenorphine maintained Outpatients, *Substance Use & Misuse*, Vol.39,No. 6, PP. 1025 – 10040,2004.

James M. Donovan Phd, Four Addictions: The MMPI and Discriminant Function Analysis, *J Addictive Diseases* 1998;17 (2): 41-55.

Lebedau B., Europe harm reduction and the cocaine challenge, *Relazione annuale 2004 dell'Osservatorio Europeo delle droghe e tossicodipendenze*, *Pedro*; Nov. 2004.

Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2003: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, 2004.

Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, *Relazione annuale 2005: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, 2005.

Patkar AA, Murray Hw, Mannelli P, Gottheil E, Pre-Treatment measure of impulsivity, aggression and sensation seeking are associated with treatment outcome for african-american cocaine-dependent patients, *J Addicts Dis.* 2004 ; 23 (2): 109- 22.

Relazione annuale al Parlamento, Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, DNPA 2005.

Relazione annuale Regione Emilia Romagna, Osservatorio Regionale, Assessorato delle politiche sociali della Regione Emilia Romagna, Area dipendenze, 2005.

Swann. A. C. Depression, mania, and feeling bad : the role of dysphoria in mixed states, *Bipolar Disorders* 2000 Dec, Vol: 2 (4), pp, 325- 24.

Walfish S, Massey R, Krone A.; MMPI profiles of cocaine – addicted individuals in residential treatment: implications for practical treatment planning, *J Subst Abuse Treat.* 1990; 7 (3): 151- 4.

Zuckermann M. Sensation Seeking, risk taking and health. In : Janisse MP (ed.). *Individual differences, stress and Health.* New York: Springer - Verlag; 1988. p. 72 – 88.