



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEL SISTEMA NERVOSO E DEL
COMPORTAMENTO

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

L'impatto sociale della doppia diagnosi:
tra i Disturbi di Personalità e i Disturbi da Uso di Sostanze

RELATORE:

DAVIDE LICCIONE

CORRELATORE

Carla Laura Di Forti

Tesi di Laurea di

Irene Ferragut

Matricola

526595

Anno Accademico 2023/2024

Introduzione	1
1. Disturbi di personalità	3
1.1 Elementi di psicopatologia dei disturbi di personalità	3
1.2 Comprendere la personopatia attraverso la realtà storico-culturale	4
1.3 La diagnosi nel DSM-5: approccio categoriale e modello dimensionale a confronto	5
1.3.1 Componente categoriale: descrizione prototipica e domini di personalità	6
1.3.2 Componente dimensionale: funzionamento generale e tratti specifici di personalità	11
1.4 Classificazione dei Disturbi di personalità secondo il Sistema ICD-11	16
1.5 Problemi epistemologici	20
1.6 Fenomenologia e disturbi di personalità	21
1.7 Il caso del disturbo borderline di personalità	23
1.7.1 Eziologia del disturbo borderline di personalità	24
1.7.2 Criteri diagnostici all'interno del DSM-5	26
1.7.3 Criteri diagnostici nell'ICD-11	28
1.7.4 Neurobiologia del disturbo	29
2. Disturbo da uso di sostanze	31
2.1 Dal modello morale al modello medico	31
2.2 La questione nosografica: classificazione secondo il DSM-5 e ICD-11	33
2.3 Patologia e psicopatologia dell' <i>Addiction</i>	38
2.4 Le basi psicosociali della tossicodipendenza	41
2.5 Dipendenza e discontrollo degli impulsi	43
2.6 La dimensione del <i>craving</i>	45
2.7 Il circuito di ricompensa e il rinforzo cerebrale	47
2.8 Basi neurobiologiche	50
3. La doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psicopatologia	53
3.1 il Fenomeno delle tossicodipendenze: storia di una ridefinizione identitaria	53
3.2 Psicopatologia e nosografia della doppia diagnosi	56
3.2.1 Comorbidità o doppio disturbo?	57
3.3 <i>Addiction</i> e disturbo borderline di personalità	60
3.4 Criminalità, psicopatologia e abuso di sostanze	61

3.5 Modelli di trattamento	64
3.5.1 Trattamenti psicologici e psicosociale	64
3.5.2 Trattamenti farmacologici	69
4. Caso clinico	72
4.1 Macrocontesto esistenziale	72
4.2 Storia clinica	72
4.3 Ingresso nell'Istituto Penitenziario	73
4.4 Valutazioni mediche e colloqui psicologici durante la detenzione	74
4.5 Considerazioni sulla diagnosi (approccio nosografico-descrittivo)	76
4.6 Interpretazione del caso	79
5. Conclusioni	82
6. Bibliografia	83
7. Ringraziamenti	102

Introduzione

Il presente lavoro si propone di trattare criticamente le seguenti tematiche:

- La concettualizzazione e classificazione dei Disturbi di Personalità, con particolare *focus* sul Disturbo Borderline della Personalità.
- L'evoluzione nosologica del Disturbo da Uso di Sostanze e le basi multifattoriali del disturbo.
- Il concetto di Doppia Diagnosi e l'importanza dell'implementazione della ricerca in merito ai trattamenti.

Nel primo capitolo vengono descritti i principali modelli diagnostici per i disturbi di personalità, quali il DSM-5 e l'ICD-11, attraverso l'analisi dell'evoluzione storica dell'approccio categoriale e dimensionale, l'analisi dei limiti e vantaggi dei modelli e l'accentuazione dei problemi epistemologici. Viene poi proposto l'approccio fenomenologico come possibile ottica da cui porsi per comprendere la patologia della personalità. Infine, viene affrontata la tematica del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), particolarmente rilevante a livello sociale e nel panorama della ricerca scientifica.

Nel secondo capitolo, si ripercorre l'evoluzione storica dei modelli esplicativi dei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e la questione nosografica, secondo il DSM-5 e l'ICD-11. Sono, infine, forniti alcuni dati sull'eziologia multifattoriale e alcune evidenze sui correlati neurobiologici del disturbo.

Il terzo capitolo si focalizza sul tema della Doppia Diagnosi, dalla nosografia, ai modelli di trattamento. È posta particolare attenzione alla comorbidità tra DBP e DUS, per via della gravità del quadro clinico, dell'interessante comunanza di fattori eziologici e per la scarsità di ricerca in merito ai trattamenti, specialmente farmacologici, di questa condizione. Viene analizzata brevemente anche la relazione tra criminalità e psicopatologia, soprattutto per quanto riguarda l'abuso di sostanze.

Nel quarto capitolo è presentato un caso clinico, che è stato ritenuto utile per comprendere e applicare molte delle nozioni affrontate nel lavoro. L'interpretazione del caso si è basata sull'approccio nosografico-descrittivo e sull'approccio fenomenologico-ermeneutico, proprio della Psicoterapia Clinica Neuropsicologica, disciplina che ha ispirato questo lavoro.

CAPITOLO 1

Disturbi di personalità

I disturbi di personalità (DP) hanno da sempre rivestito una particolare rilevanza all'interno del panorama scientifico in termini di concettualizzazione e classificazione, alla luce del loro impatto sociale. I DP, infatti, interessano tra il 4% e il 15% della comunità generale, il 25% dei pazienti nell'ambito delle cure primarie e almeno il 50% dei pazienti psichiatrici ambulatoriali (Tyrrer et al., 2015). Le persone con disturbi di personalità hanno una scarsa autostima, minore scolarizzazione, difficoltà relazionali, maggiore disoccupazione e fanno frequente ricorso a cure mediche. Inoltre, molti casi di abuso di sostanze e di comportamento criminale negli uomini e nelle donne sono associati alla presenza di un DP. Oltre a generare una sofferenza personale cronica e disfunzioni nell'area sociale e professionale, i disturbi di personalità predispongono gli individui ad altri disturbi mentali, tra cui l'abuso di sostanze (Cloninger et al., 2008).

1.1 Elementi di psicopatologia dei disturbi di personalità

La letteratura sottolinea i diversi problemi significativi che riguardano gli approcci diagnostici sui DP. All'interno della quinta edizione del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM-5) nella sezione II, i DP sono descritti come *“un modello costante di esperienza interiore e di comportamento, che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo e che può manifestarsi nell'ambito della cognizione, dell'affettività, del funzionamento interpersonale e del controllo degli impulsi.”* (APA, 2013). Il modello è inflessibile e pervasivo, ossia interessa un cospicuo spettro di contesti personali e sociali, determinando un disagio clinicamente significativo, la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo e di altre aree importanti della vita dell'individuo. Si tratta di un quadro relativamente stabile e di lunga durata, il cui esordio è individuato nell'adolescenza o nella prima età adulta. Nel porre diagnosi di DP è importante tenere in considerazione il modello di funzionamento in un lungo periodo di tempo e distinguerlo da un modello di funzionamento che può emergere in risposta a eventi stressanti, situazioni specifiche e stati mentali transitori. In alcuni casi, è possibile che non sia presente la componente di disagio soggettivo, in quanto certi disturbi possono avere caratteristiche o comportamenti egosintonici. Nella sezione III del DSM-5, invece, vengono individuate come caratteristiche essenziali dei

DP la compromissione del funzionamento nelle aree personali e interpersonali e la presenza di tratti di personalità patologici. Questa definizione mette in risalto come i DP si configurino in uno stile di adattamento fallimentare che si traduce in un disadattamento della sfera identitaria e interpersonale. I tratti di personalità patologici hanno un ruolo fondamentale nella patologia dei DP. Essi risultano correlati anche ad altri disturbi e costituiscono fattori di vulnerabilità, assieme a fattori genetici, fattori socioculturali e fattori stressanti. Personalità e psicopatologia, infatti, possono avere un ruolo eziologico o causale bidirezionale. Il modo di pensare, sentire, comportarsi e relazionarsi con gli altri può contribuire allo sviluppo di un disturbo mentale, proprio come una malattia mentale grave o cronica può contribuire a fondamentali e persistenti cambiamenti di personalità. I tratti di personalità premorbose in grado di contribuire a una vulnerabilità (o resilienza) allo stress, aiutano di fatto a spiegare perché alcune persone risultano più sensibili ai fattori stressanti mentre altre risultano essere più resilienti. La personalità e la psicopatologia possono inoltre esercitare reciprocamente un ruolo patoplastico, influenzando l'una la presentazione clinica dell'altra. Anna Lee Clark nel 2005, ha indagato la relazione tra personalità e psicopatologia basandosi sulla teoria dei temperamenti. L'autrice ha identificato e descritto tre dimensioni del temperamento (affettività negativa, affettività positiva e disinibizione) che si differenzierebbero durante il periodo dello sviluppo, venendo modulate da fattori ambientali e biologici (Manna, 2012).

1.2 Comprendere la personopatia attraverso la realtà storico-culturale

I disturbi di personalità, per definizione, sono caratterizzati da un'incapacità di soddisfare le aspettative sociali di una determinata cultura; pertanto, ci si aspetta che queste condizioni cliniche mostrino un grado più elevato di reattività a condizioni socioculturali variabili rispetto ad altri disturbi (Paris, 2004). Da questo si deduce come i sintomi dei DP possano manifestarsi in maniera differente a seconda del periodo storico e a seconda della cultura di riferimento (Paris & Lis, 2012). Esistono diverse modalità attraverso le quali i cambiamenti storici possono influenzare e modellare la presentazione clinica della psicopatologia. Ad esempio, la società identifica e mette a disposizione sintomi per esprimere ed è un fenomeno che Shorter (1997) esemplifica nel concetto di "banca dei sintomi". Il disagio psicologico viene espresso, dunque, in un

dato momento storico e in un dato contesto tramite opzioni specifiche offerte dalla cultura. Diverse diagnosi possono quindi essere concettualizzate attraverso un modello patologico diverso, a seconda del periodo storico e della cultura. A tal proposito, le malattie mentali presentano diversi sintomi nelle differenti culture (Gone & Kirmayer, 2010). Un concetto affine è quello della patoplasticità, che racchiude l'idea di come la cultura plasmi la manifestazione dei disturbi mentali, ad esempio influenzando i significati dei sintomi. Inoltre, gli schemi ricorrenti delle preoccupazioni, dei ricordi, dei giudizi di valore e degli atteggiamenti, delle ambizioni e delle risposte emotive di una persona sono tutte sfaccettature della personalità influenzate dalla cultura. Inoltre, *stressor* ambientali possono divenire fattori scatenanti dello sviluppo di un disturbo psichico, in presenza di un'interazione tra vulnerabilità biologica, esperienza psicologica individuale e contesto socioculturale (Wexler, 2006). La cultura ha dunque un ruolo patogenetico. Negli studi epidemiologici che hanno seguito la Seconda guerra mondiale è stata evidenziata una crescita nella prevalenza di diversi disturbi mentali (abuso di sostanze, disturbo di personalità antisociale, depressione) (Rutter & Smith, 1995). Inoltre, comportamenti che possono essere accettabili in una cultura possono essere considerati patologici in un'altra e viceversa (Alarcón, Foulks, & Vakkur, 1998; Aldi, 2022).

È da ricordare come la cultura e la società possano avere anche un ruolo protettivo e terapeutico. La società dovrebbe avere un ruolo cruciale nella gestione e nell'offerta dei servizi per la comunità, sottintendendo un'adeguata consapevolezza e competenza circa le necessità della comunità (Alarcón, Foulks, & Vakkur, 1998).

1.3 La diagnosi nel DSM-5: approccio categoriale e modello dimensionale a confronto

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) è un sistema di classificazione nosografico-descrittivo dei disturbi mentali, che vanta un approccio ateoretico. Il DSM si basa sul modello biomedico e su un approccio categoriale, che stabilisce statisticamente i criteri diagnostici che devono essere presenti per la diagnosi di un determinato disturbo. Con l'avvento del DSM III (1980) appare per la prima volta la categoria diagnostica dei disturbi di personalità, caratterizzata da criteri non gerarchici e politetici. L'approccio categoriale si basa sull'assunto che esista una

discontinuità tra norma e patologia e che ogni patologia sia qualitativamente distinta dalle altre. I criteri diagnostici richiedono, quindi, la presenza/assenza di determinati sintomi che un individuo deve necessariamente manifestare per avere una determinata diagnosi. Tutte le condizioni patologiche che non rientrano in una determinata categoria diagnostica verranno, pertanto, etichettate come “disturbo senza specificazione” o “con altra specificazione”. Si tenterà di superare tali limiti con la revisione della quinta edizione del DSM dove, accanto al modello categoriale, viene proposto un modello alternativo basato su un approccio dimensionale. L’approccio dimensionale, si basa sulla premessa che i fenomeni varino quantitativamente lungo un continuum di valori ordinati tra norma e patologia e che questo continuum sia misurabile. La gravità o intensità del tratto/caratteristica oggetto di studio viene valutata utilizzando scale di valutazione che vanno da un minimo a un massimo. I modelli dimensionali sono l’esito di molte ricerche, che sono state svolte utilizzando il metodo di ricerca quantitativa, che si avvale di strumenti statistici, tra cui l’analisi fattoriale (Widiger, 1999).

1.3.1 Componente categoriale: descrizione prototipica e domini di personalità

Nella sezione II del DSM-5 si trova la classificazione categoriale dei disturbi di personalità che comprende dieci categorie politetiche definite da un sottoinsieme di sintomi elencati in maniera non gerarchica. In genere, il punteggio *cut-off* richiede la presenza di circa cinque sintomi. La classificazione include un sistema di suddivisione dei DP in cluster (Tabella 1.1). Il cluster A racchiude i disturbi di personalità definiti come “strani/eccentrici”, quale il disturbo di personalità schizotipico, schizoide e quello paranoide. Il cluster B, (drammatico/erratico), comprende i disturbi di personalità antisociale, borderline, istrionico e narcisistico. Il cluster C, (ansioso/inibito), comprende i disturbi di personalità evitante, dipendente e ossessivo-compulsivo. L’organizzazione in cluster è stata pensata per rendere i disturbi di personalità più facili da ricordare, raggruppando quelli con caratteristiche simili, e non si basa su teorie o prove empiriche.

CLUSTER A strano/ eccentrico	CLUSTER B drammatico/erratico	CLUSTER C inibito/ansioso
Disturbo di personalità schizotipico: pattern di sofferenza acuta nelle relazioni intime, distorsioni percettive o cognitive, comportamenti eccentrici.	Disturbo narcisistico di personalità: pattern di grandiosità, necessità di attenzioni e mancanza di empatia.	Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo: pattern di preoccupazione per l'ordine, il controllo e il perfezionismo.
Disturbo di personalità schizoide: pattern di distanziamento dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressione emotiva.	Disturbo istrionico di personalità: pattern di emotività e ricerca di attenzione eccessiva.	Disturbo di personalità evitante: pattern di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità alle valutazioni negative.
Disturbo di personalità paranoide: pattern di sfiducia e sospettosità, che porta a interpretare le azioni altrui come malevole.	Disturbo di personalità antisociale: pattern di disprezzo e violazione dei diritti degli altri.	Disturbo di personalità dipendente: pattern di comportamento sottomesso di adesione relazionale con un'eccessiva necessità di accudimento.
	Disturbo di personalità borderline: pattern di instabilità emotiva, delle relazioni interpersonali e dell'immagine di sé, con impulsività marcata.	

Tabella 1.1. Disturbi di personalità, divisi in cluster, secondo la classificazione del DSM-5 (APA, 2013).

L'approccio categoriale presenta numerosi vantaggi pratici quali l'utilizzo di un linguaggio comune per facilitare la comunicazione tra i professionisti della salute mentale (Manna, 2012), fornire una guida per la pratica clinica, facilitare la ricerca e realizzare statistiche per gestire i servizi della salute (Trull & Durrett, 2005). L'approccio categoriale può inoltre essere uno strumento utile per migliorare i trattamenti ad oggi disponibili e svilupparne di nuovi, per predire il decorso e l'evoluzione di un disturbo e valutare i risultati di una terapia. Nonostante i numerosi punti forza di tale approccio, ci sono altrettanti limiti che negli anni sono stati messi in luce. Tra le critiche al DSM si evidenziano innanzitutto l'arbitrarietà della distinzione tra normatività e patologia, nonché l'assenza di una spiegazione eziopatogenetica che sottende lo sviluppo di un disturbo, la bassa validità diagnostica, l'elevata comorbidità e l'instabilità temporale della diagnosi (Madeddu & Di Pierro, 2014). Altre critiche riguardano il *bias* culturale, ovvero la tendenza a sottovalutare l'importanza delle

variabili sociali e delle diversità etniche e culturali, anche se nel DSM-5 e nella sua revisione DSM-5-TR sono state aggiunte molte indicazioni riguardanti questi argomenti (APA, 2022). Infine, evidenze cliniche e di ricerca hanno mostrato come l'approccio categoriale, basato sull'utilizzo di categorie diagnostiche astratte, non possa riflettere la complessità dei quadri clinici, nei quali sono spesso presenti sintomi appartenenti a diversi domini psicopatologici (Luciano et al, 2016).

Di seguito sono riportati alcuni esempi dei primi modelli categoriali riguardanti la personalità e i DP, in quanto è stato ritenuto interessante sintetizzare lo sviluppo dell'approccio categoriale (Tabella 1.2., 1.3., 1.4.).

Modello di Gunderson	Modello ibrido. Classificazione gerarchica in base a livello di gravità (livello di compromissione funzionale). Categorie correlate a quelle presenti nel DSM- IV-TR.
Minor compromissione	Disturbi di tratto: Disturbo di personalità ossessivo-compulsivo, istrionico, evitante, dipendente.
Compromissione intermedia	Disturbi dell'Io: Disturbo di personalità schizoide, narcisistico, antisociale, borderline.
Maggior compromissione	Disturbi di spettro: Disturbo di personalità schizotipica, paranoica, depressiva.

Tabella 1.2. Classificazione dei disturbi di personalità secondo il modello di Gunderson (1988).

A sostegno di questo modello, le misure di compromissione funzionale sono risultate in grado di discriminare le diagnosi di disturbo di personalità (Skodol et al. 2002).

Modello di Kernberg	Classificazione strutturale di orientamento psicoanalitico. I disturbi sono suddivisi secondo un livello di gravità, basato sull'appartenenza a una determinata struttura.
Organizzazione di personalità nevrotica Identità dell'Io non solida, utilizzo di meccanismi di difesa secondari, esame di realtà intatto.	Personalità isteriche, depressive, ossessivo-compulsive.
Organizzazione di personalità borderline Marcata diffusione dell'identità, difese primitive, esame di realtà intatto.	Personalità narcisistiche, passivo-aggressive e infantili, (ad alto funzionamento). Personalità schizoidi, antisociali e paranoici (maggior gravità).
Organizzazione di personalità psicotica Assenza di esame di realtà, diffusione dell'identità, difese primitive.	Disturbi dello spettro schizofrenico.

Tabella 1.3. Modello delle organizzazioni di personalità di Kernberg (1984)

Secondo il modello di Kernberg (1984), l'organizzazione di personalità può essere valutata attraverso un colloquio clinico o attraverso un questionario self-report, l'Inventario dell'Organizzazione di Personalità (IPO; Kernberg & Clarkin 1995).

Un'altra interpretazione dei DP è quella basata sull'approccio costruttivista di Guidano (1991). Secondo questa prospettiva, l'esperienza della realtà è attivamente costruita dal bisogno di dare senso e di rendere prevedibile il mondo che circonda il soggetto stesso (Rezzonico & Bisanti, 2005). L'essere umano ha, di fatti, una natura autoreferenziale, in quanto dà senso all'esperienza attraverso un atto riflessivo. Vi è un continuo processo di costruzione dell'identità, che si compie tramite l'integrazione tra l'Io, che fa esperienza, e il Me, che dà il senso all'esperienza, inserendola in una storia, permettendo un senso di sé unitario, con le caratteristiche di unicità, coesione e continuità. I vincoli sono i principi organizzativi del sé, inteso come sistema complesso dinamico. L'auto-organizzazione del sistema corrisponde alla sua organizzazione di significato personale (OSP). Nella prima versione del modello, che risale a un'elaborazione del 1983 di Guidano e Liotti, l'organizzazione del significato personale veniva definita come "organizzazione cognitiva". Nell'ultima elaborazione del modello (Tabella 1.4.), Arciero ha affiancato al termine OSP quello di stile di personalità. Nell'ottica del modello, i disturbi di personalità, come anche altre manifestazioni psicopatologiche, emergono quando il processo di organizzazione dell'esperienza viene ostacolato, alterando il senso di coesione e continuità dell'identità. Nel modello di Guidano vengono distinte 4 configurazioni di organizzazione del significato personale, ciascuna delle quali rimanda ad un nucleo organizzativo centrale, relativamente stabile nel tempo, che definisce lo stile di regolazione emotiva, il modo di relazionarsi con sé stessi e con gli altri e le modalità adattive nei vari contesti della vita.

Modello di Guidano	Classificazione di orientamento costruttivista-post-razionalista
Organizzazione tipo disturbi alimentari psicogeni (stile di personalità tendente a disturbi di personalità)	Soggetti con un senso di sé vago e indefinito, con la tendenza a determinare le proprie opinioni e stati interni basandosi su un riferimento esterno legato al contesto interpersonale. Le caratteristiche tipiche di questi individui sono il perfezionismo e il bisogno di approvazione. L'identificazione e la decodifica delle emozioni in questa organizzazione è in larga misura legata ad una valutazione cognitiva.
Organizzazione ossessiva (stile di personalità tendente a disturbi ossessivi)	Individui che costruiscono il senso di sé attraverso una continua selezione tra polarità opposte in accordo a un sistema astratto di regole di riferimento. Tale senso di sé si basa sulle loro capacità di controllare il pensiero, le emozioni e il comportamento, affinché gli stessi corrispondano a dei principi astratti definiti. Quando hanno un'attivazione emotiva caratterizzata da ambiguità, questi individui sperimentano un senso di sé dicotomico; inoltre, le loro emozioni tendono a essere mediate da valutazioni cognitive.
Organizzazione depressiva (stile di personalità tendente a disturbi depressivi)	Individui con un senso di sé ben definito, con tendenza alla solitudine e a sperimentare sentimenti di perdita.
Organizzazione fobica (stile di personalità tendente a disturbi fobici)	Individui che sviluppano un senso di sé in genere fragile. A questi individui viene attribuita la tendenza a una lettura sensoriale degli stati emotivi caratteristiche come il bisogno di controllo sulla vita emotiva e sulle situazioni.

Tabella 1.4. Classificazione tratta dal modello di organizzazioni del significato personale di Guidano (1991).

Lo scopo dell'approccio costruttivista è quello di aiutare il clinico nella comprensione delle difficoltà soggettive di ciascuna organizzazione e nell'individuare le abilità individuali con l'obiettivo di valorizzarle e potenziarle. La classificazione di un soggetto in una categoria non va intesa come una diagnosi psicopatologica, né consente ad alcun osservatore esterno di formulare una prognosi o di prevedere comportamenti. Si può notare come i modelli categoriali esposti, per quanto dissimili, pongono

particolare attenzione nella valutazione del livello di gravità di un disturbo, direttamente correlato al funzionamento personale e interpersonale, elementi fondanti dei modelli dimensionali.

1.3.2 Componente dimensionale: funzionamento generale e tratti specifici di

Personalità

Nella sezione III del DSM-5 è inserito il modello alternativo dei disturbi della personalità che nasce con l'obiettivo di superare i limiti dell'approccio categoriale (APA, 2013). L'approccio sembra meglio spiegare l'eterogeneità dei sintomi che si manifestano in diversi quadri psicopatologici superando, la distinzione netta tra le diverse diagnosi categoriali, così da tenere in considerazione anche quei sintomi definiti "sottosoglia" che non rispettano i criteri per una specifica diagnosi. Avere informazioni dettagliate sui pazienti, valutare gli aspetti del funzionamento e i tratti della personalità, infatti, facilita la pianificazione di un trattamento personalizzato e la previsione della possibile evoluzione del quadro psicopatologico. Inoltre, dato che le dimensioni di personalità, sono state sviluppate a partire da dimensioni biologiche del temperamento, è possibile, in certi casi, correlarle a basi biologiche così da integrare le conoscenze riguardanti l'eziopatogenesi dei tratti di personalità (Manna, 2012). Tramite il modello alternativo è possibile porre diagnosi dei disturbi di personalità, quali il disturbo antisociale, evitante, borderline, narcisistico, ossessivo-compulsivo e schizotipico, nonché diagnosi di disturbo di personalità con caratteristiche specifiche (PD-TS), quando non risultano soddisfatti i criteri per un disturbo specifico.

La diagnosi di un disturbo di personalità richiede:

- 1) una valutazione del livello di compromissione del funzionamento della personalità, necessaria per il Criterio A
- 2) una valutazione dei tratti patologici della personalità, necessaria per il Criterio B.

Inoltre:

- 3) la compromissione del funzionamento della personalità e l'espressione dei tratti di personalità devono essere relativamente inflessibili e pervasivi in un'ampia gamma di situazioni personali e sociali (Criterio C);
- 4) il disturbo deve essere relativamente stabile nel tempo, con insorgenza che risale almeno all'adolescenza o alla prima età adulta (Criterio D);

- 5) il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (Criterio E); non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica (Criterio F);
- 6) non può essere attribuito alla fase di sviluppo o l'ambiente socioculturale dell'individuo (Criterio G).

Disordini nel funzionamento personale e quello interpersonale costituiscono, quindi, il nucleo della psicopatologia della personalità. La dimensione del funzionamento personale racchiude al suo interno le sottodimensioni identità e auto-direzionalità mentre quella del funzionamento interpersonale, l'empatia e l'intimità (Tabella 1.5.).

Funzionamento personale	Funzionamento interpersonale
Identità: esperienza di sé stessi come unici, con confini chiari tra sé e gli altri; stabilità dell'autostima e accuratezza nella valutazione di sé. Capacità di regolare una gamma di esperienze emotive.	Empatia: Comprensione e apprezzamento delle esperienze e delle motivazioni degli altri; tolleranza per prospettive diverse dalle proprie; comprensione degli effetti del proprio comportamento sugli altri.
Auto-direzionalità: Perseguimento di obiettivi coerenti e significativi a breve termine e a lungo termine; utilizzo di standard interni di comportamento costruttivi e prosociali; capacità di autoriflessione produttiva.	Intimità: Profondità e durata del legame con gli altri; desiderio e capacità di vicinanza; reciprocità di stima che si riflette nel comportamento interpersonale.

Tabella 1.5. Sottodimensioni del funzionamento personale e interpersonale del AMPD del DSM-5 tratto da: Madeddu & Di Piero, 2014.

La Level of Personality Functioning Scale (LPFS) utilizza ciascuno degli elementi del funzionamento personale e interpersonale per differenziare cinque livelli di compromissione, che vanno da una compromissione minima o nulla (cioè, un funzionamento sano e adattivo; livello 0) a una compromissione lieve (livello 1), moderata (livello 2), grave (livello 3) ed estrema (livello 4). Per diagnosticare un disturbo di personalità è richiesto un livello moderato di compromissione del funzionamento della personalità; questa soglia si basa sull'evidenza empirica che il livello moderato di compromissione massimizza la capacità dei clinici di identificare in modo accurato ed efficiente la presenza di un disturbo di personalità. Il criterio B, invece, riguarda la valutazione dei tratti di personalità, che sono organizzati in cinque domini: Affettività negativa, Antagonismo, Distacco, Disinibizione e Psicoticismo. All'interno di questi cinque domini ci sono venticinque tratti (Tabella 1.6.), che sono stati sviluppati, inizialmente, da una revisione dei modelli di tratto esistenti e,

successivamente, attraverso una ricerca iterativa con campioni di persone che hanno richiesto servizi di salute mentale. I criteri B degli specifici disturbi di personalità comprendono sottoinsiemi, basati su revisioni meta-analitiche e su dati empirici riguardanti la correlazione tra tratto di personalità e disturbo di personalità.

Domini di personalità	Tratti specifici
Affettività negativa	Labilità emotiva, ansia, insicurezza alla separazione, perseverazione, arrendevolezza, depressione, sospettosità.
Antagonismo	Manipolazione, falsità/scaltrezza, grandiosità, ostilità, ricerca di attenzione, insensibilità verso gli altri.
Distacco	Affettività ristretta, ritiro, anedonia, evitamento dell'intimità
Disinibizione	Irresponsabilità, impulsività, distraibilità, propensione al rischio, rigido perfezionismo (mancanza di).
Psicoticismo	Credenze ed esperienze inusuali, eccentricità, disregolazione cognitiva e percettiva.

Tabella 1.6. Domini di personalità dell'AMPD del DSM-5, con relativi tratti specifici, tratto da: Madeddu & Di Pierro, 2014.

Il modello alternativo del DSM (AMPD) è il risultato di numerose ricerche che hanno visto crescere l'interesse verso i modelli dimensionali. Le prime ricerche che hanno spinto alla diffusione dei modelli dimensionali erano focalizzate sullo studio della psicopatologia in età evolutiva. Queste ricerche hanno contribuito a mostrare che è possibile inquadrare la maggior parte dei disturbi psichiatrici in alcune ampie dimensioni (Achenbach, 1966, 1978; Achenbach e Edelbrock, 1978). Gli studi di Achenbach hanno messo in evidenza la possibilità di suddividere le principali problematiche dell'età evolutiva secondo la dicotomia Esternalizzante/Internalizzante. Successivamente, studi condotti sulla popolazione adulta hanno ottenuto dei risultati sovrapponibili a quelli sull'età evolutiva, permettendo di sostenere l'ipotesi secondo cui le dimensioni internalizzante/esternalizzante fossero applicabili anche ai disturbi psichiatrici riguardanti l'età adulta (Krueger, 1999; Krueger, Caspi, Moffitt e Silva, 1998; Krueger, Kotov, Watson et al., 2018; Caspi, Houts, Belsky et al., 2014). Pazienti con caratteristiche e problematiche proprie della dimensione internalizzante, ad esempio, potrebbero avere più probabilità di sviluppare un disturbo dell'umore o un

disturbo d'ansia, mentre i pazienti con caratteristiche di tipo esternalizzante potrebbero mostrare comportamenti disfunzionali aggressivi (es. uso di sostanze, comportamento antisociale) (Caspi et al., 2014). Dalle ricerche è inoltre emerso come i sintomi e le dimensioni psicopatologiche possano essere organizzate gerarchicamente. Secondo un processo bottom-up, è possibile identificare i sintomi principali di una data psicopatologia e organizzarli in dimensioni più ampie. Nello spettro, dunque, rientrerebbero soggetti che possiedono caratteristiche comuni, ma eterogenee. L'organizzazione gerarchica permetterebbe, utilizzando un approccio multilivello, di descrivere un caso clinico in modo accurato e flessibile e di confrontare pazienti con problematiche simili (Abbate et al., 2021). Di seguito alcuni influenti modelli dimensionali della personalità (Tabella 1.7., 1.8).

Modello a sette fattori di Cloninger	
<p>Tratti temperamentali: Stili ereditabili, geneticamente indipendenti, nell'elaborazione delle informazioni da parte del sistema di memoria percettiva. Cloninger ha teorizzato l'associazione dei tratti con i sistemi di neurotrasmissione.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Novelty Seeking: differenze individuali in risposta alle novità. 2) Harm Avoidance: differenze individuali in risposta al pericolo/punizione. 3) Reward Dependence: differenze individuali in risposta alla ricompensa. 4) Persistence: differenze individuali in risposta alla fatica/frustrazione.
<p>Tratti del carattere: Differenze individuali nella riorganizzazione del concetto di sé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Self-directedness: grado con cui si tende a vedere sé stessi come individui autonomi. 2) Cooperativeness: grado con cui si tende a vedere sé stessi come parte della società e dell'umanità. 3) Self-Transcendence: grado con cui si tende a vedere sé stessi come componente importante dell'universo.

Tabella 1.7. Modello a sette fattori di Cloninger (1993).

Secondo Cloninger, il temperamento e lo sviluppo del carattere si influenzano reciprocamente e motivano il comportamento. I fattori temperamentali ereditari determinerebbero inizialmente delle risposte automatiche che portano a iniziare, mantenere o sospendere un comportamento; successivamente tali risposte verrebbero

condizionate dai cambiamenti legati allo sviluppo della personalità. Secondo il modello a sette fattori, i disturbi di personalità sono caratterizzati da bassi punteggi nella auto-direzionalità, nella cooperatività e, in quelli più gravi, nell'auto-trascendenza. Svrakic e colleghi (Svrakic et al. 1993) hanno testato diverse ipotesi su come il modello a sette fattori di Cloninger et al. (1993) potesse portare ad una diagnosi di disturbo di personalità. I risultati sono stati generalmente a favore dell'ipotesi che una bassa auto-direzionalità e una bassa cooperatività indichino la presenza di un disturbo di personalità, mentre i punteggi relativi alle dimensioni del temperamento distinguono i DP specifici. Nello studio, i pazienti con disturbo di personalità hanno ottenuto, difatti, punteggi significativamente più bassi nell' auto-direzionalità rispetto ai pazienti senza disturbo di personalità. Tuttavia, i punteggi di cooperatività dei pazienti con disturbo di personalità, sebbene inferiori a quelli dei pazienti senza disturbo di personalità, non differivano significativamente da quelli dei residenti nella comunità. Come previsto, la dipendenza dalla ricompensa (bassa), la ricerca di novità (alta) e l'evitamento del danno (alta) caratterizzavano rispettivamente i sintomi del cluster A (strano/eccentrico), del cluster B (drammatico/erratico/emotivo) e del cluster C (ansioso/timoroso).

Modello a 5 fattori di Costa e McCrae

Fattori di personalità:	Facets
Piacevolezza vs. antagonismo	Fiducia, schiettezza, altruismo, acquiescenza, modestia, empatia.
Nevroticismo vs. stabilità emotiva	Tendenza all'ansia, ostilità rabbiosa, tendenza alla depressione, ansia sociale impulsività, vulnerabilità.
Estroversione vs. introversione	Calore emotivo, istinto gregario, assertività, attività, ricerca di eccitazione, emotività positiva.
Apertura all'esperienza vs. chiusura	Fantasia, senso estetico, apertura alle emozioni, apertura all'esperienza, consapevolezza, curiosità intellettuale, rispetto per i valori.
Coscienziosità vs. negligenza	Competenza, ordine, senso del dovere, impegno per il risultato, autodisciplina, riflessività.

Tabella 1.8. Modello a 5 fattori di Costa & McCrae (1990).

In questo modello, ogni fattore è strutturato secondo due polarità al cui interno si racchiude una serie di tratti di ordine inferiore. La struttura gerarchica dei tratti

dell'FFM (i domini di ordine superiore e i tratti di ordine inferiore) è stata studiata e replicata in diverse popolazioni (non cliniche e cliniche, culture diverse) suggerendo la presenza di una base biologica ereditabile dei tratti dell'FFM di ordine superiore e inferiore (Jang et al. 1998). L'FFM è stato inizialmente sviluppato utilizzando campioni non clinici, con l'obiettivo di individuare e descrivere i principali tratti e dimensioni della personalità. Alcuni ricercatori hanno poi applicato l'FFM allo studio della psicopatologia. Le prime ricerche hanno confermato l'associazione tra disturbi di personalità e i domini del FFM (Wiggins & Pincus, 1989; Costa & McCrae, 1990; Trull, 1992). Anche le ricerche successive, pur utilizzando metodi alternativi di ricerca, hanno verificato l'associazione tra i fattori del FFM model e i disturbi di personalità. Tali ricerche suggeriscono la possibilità di utilizzare il modello per descrivere i tratti maladattivi della struttura di personalità, oltre che per descrivere i tratti adattivi e normativi. A tal proposito, i disturbi di personalità dell'ICD e del DSM possono essere interpretati come varianti disadattive dell'FFM, non riuscendo comunque a spiegare tutti i disturbi di personalità.

1.4 Classificazione dei Disturbi di personalità secondo il Sistema ICD-11

L'ICD è la Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi, elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). L' ICD-11 è l'undicesima revisione, pubblicata nel 2022, che propone un approccio ai disturbi della personalità basato su una concezione dimensionale della diagnosi psichiatrica e non più categorica. Viene, di fatti, abolita la suddivisione in cluster, prediligendo una nosografia descrittiva generale del disturbo di personalità.; La pubblicazione dell'ICD-11 ha segnato un cambiamento radicale nell'approccio diagnostico dei disturbi di personalità, divenendo oggetto di crescente interesse e sostegno empirico. Nell'ultima revisione dell'ICD, i DP vengono descritti come “problemi nel funzionamento di aspetti del sé (identità, autostima, accuratezza nella visione di sé, autodirezione) e disfunzioni interpersonali (capacità di sviluppare e mantenere relazioni, capacità di comprendere le prospettive altrui e di gestire conflitti nelle relazioni). Come nel modello alternativo del DSM-5, i DP sono classificati lungo un continuum con un livello di gravità crescente che va da “lieve” e “moderata” a “grave”. Per diagnosticare il DP deve, infine, essere soddisfatto anche un criterio temporale, che richiede la presenza della disfunzione per un periodo di almeno 2

anni. All'interno del manuale viene inoltre data attenzione al concetto di "difficoltà di personalità" non patologica, ovvero l'influenza negativa che determinati tratti di personalità hanno sugli aspetti di vita personali e, in assenza di pervasività e di grave compromissione del funzionamento. Alcuni dati esistenti in letteratura suggeriscono come il concetto di difficoltà di personalità, seppur essere clinicamente utile, rischi di sfociare in un'eccessiva medicalizzazione. Per la valutazione del grado di severità del disturbo di personalità vengono considerati:

- **Grado e pervasività dei disturbi nel funzionamento degli aspetti del sé:** stabilità e coerenza del senso di identità, capacità di mantenere un senso di autostima complessivamente positivo e stabile, accuratezza della visione delle proprie caratteristiche, punti di forza e limiti, capacità di autodirezione.
- **Grado e pervasività della disfunzione interpersonale in vari contesti e relazioni:** interesse a impegnarsi nelle relazioni con gli altri, capacità di comprendere e apprezzare le prospettive altrui, capacità di sviluppare e mantenere relazioni strette e reciprocamente soddisfacenti, capacità di gestire i conflitti.
- **Pervasività, gravità e cronicità delle manifestazioni emotive:** adeguatezza dell'esperienza e dell'espressione emotiva, tendenza a essere emotivamente sovra o sotto reattivi, capacità di riconoscere emozioni indesiderate.
- **Cognitive:** accuratezza delle valutazioni situazionali e interpersonali, capacità di prendere decisioni appropriate in situazioni di incertezza, adeguata stabilità e flessibilità dei sistemi di credenze
- **Comportamentali:** flessibilità nel controllare gli impulsi e nel modulare il comportamento in base alla situazione e alle conseguenze.

In base alla valutazione di questi aspetti emergono i tre livelli di gravità dei disturbi di personalità (Tabella 1.9.)

Disturbo di personalità lieve	Disturbo di personalità moderato	Disturbo di personalità grave
La disfunzione interessa alcune aree del funzionamento degli aspetti di sé, ma non altre e può non essere evidente in alcuni contesti.	La disfunzione interessa più aree del funzionamento degli aspetti di sé. Tuttavia, alcune aree possono essere relativamente meno colpite.	Le disfunzioni sono gravi e in tutte le aree.
Ci sono problemi in molte relazioni interpersonali e/o nello svolgimento dei ruoli occupazionali e sociali previsti, ma alcune relazioni vengono mantenute e/o alcuni ruoli svolti.	Ci sono problemi marcati nella maggior parte delle relazioni interpersonali e lo svolgimento della maggior parte dei ruoli sociali e professionali previsti è in qualche misura compromesso. È probabile che le relazioni siano caratterizzate da conflitti, evitamento, ritiro o dipendenza estrema.	I problemi di funzionamento interpersonale compromettono seriamente quasi tutte le relazioni. La capacità e la volontà di svolgere i ruoli sociali e professionali previsti sono assenti o gravemente compromessi.
Le manifestazioni specifiche dei DP sono di gravità lieve.	Le manifestazioni specifiche dei DP sono di gravità moderata.	Le manifestazioni specifiche dei DP sono gravi.
In genere non è associato a danni sostanziali a sé o agli altri.	A volte è associato a danni a sé stessi o agli altri.	È spesso associato a danni a sé stessi o agli altri.
Può essere associato a un disagio sostanziale o a una compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti, limitata ad aree circoscritte o presente in più aree, ma più lieve.	È associato a una marcata compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o di altre aree importanti, sebbene il funzionamento in aree circoscritte possa risultare conservato.	È associato a una grave compromissione in tutte o quasi tutte le aree della vita, comprese quelle personali, familiari, sociali, educative, lavorative e altre aree importanti del funzionamento.

Tabella 1.9. Classificazione secondo gravità dei disturbi di personalità secondo l'ICD-11, tratta da: Bach et al., 2018.

Nella pratica clinica, attraverso l'analisi dei domini dei tratti di personalità (affettività negativa, dissocialità, anancasmo, distacco e disinibizione), si ottiene la descrizione dello specifico pattern di tratti che costituisce la globale disfunzione della personalità. I cinque domini di personalità, nonostante siano stati derivati in modo indipendente, sono simili a quelli dell'AMPD del DSM-5. Le somiglianze tra i due modelli consentono di generalizzare l'ampio lavoro che esiste a sostegno del modello DSM-5 AMPD al

modello ICD-11 sui disturbi di personalità. Sono state condotte delle analisi per verificare la solidità dei domini; mentre i domini dell'anancasmo e del distacco sono apparsi ragionevolmente solidi, l'affettività negativa e la dissocialità lo sono risultate meno. Il modello iniziale prevedeva quattro tratti: (a) affettività negativa, (b) dissocialità, (c) anancasmo e (d) distacco, successivamente è stato aggiunto come nuovo tratto la disinibizione. La gravità del disturbo si associa spesso con il numero e la complessità dei qualificatori dei tratti di personalità. Pertanto, il DP grave è probabilmente associato a diversi qualificatori dei domini dei tratti, mentre il disturbo di personalità lieve può essere associato alla presenza di un solo qualificatore del tratto. Tuttavia, in alcuni casi un individuo può avere un Disturbo di personalità grave e manifestare un solo qualificatore di tratto prominente (per esempio, dissocialità che causa un grave pericolo per gli altri). Esiste anche un qualificatore borderline.

L'obiettivo principale del nuovo sistema è quello di aumentare l'utilità clinica. La valutazione della gravità del disturbo può dare utili informazioni riguardo la prognosi clinica e la scelta del trattamento, mentre gli specifici tratti patologici della personalità possono aiutare a orientare gli sforzi terapeutici. Il nuovo sistema dell'ICD-11, inoltre, si basa sulle più recenti evidenze scientifiche, che suggeriscono come la psicopatologia della personalità possa distribuirsi lungo una dimensione. Quattro meta-analisi hanno utilizzato un totale di 52 campioni indipendenti, coinvolgendo 13.640 individui, dimostrando come la patologia di personalità può essere valutata tramite i principali modelli di personalità, in particolare il modello a cinque fattori (Gotzsche-Astrup, 2016). L'efficacia del modello dimensionale dell'ICD-11 è inoltre supportata da prove che affermano come la gravità, piuttosto che il tipo di patologia di personalità, sia il principale fattore predittivo della sofferenza e dello scarso funzionamento dell'individuo (Mulder, 2021; Crawford et al., 2011). Le persone con un disturbo di personalità più grave hanno infatti un rischio maggiore di commettere agiti autolesivi (Blasco-Fontecilla et al., 2009), di avere comorbidità, di morire per suicidio (Conway et al., 2016) e di fare *drop-out* (Eurelings-Bontekoe et al., 2009).

1.5 Problemi epistemologici

Sia l'approccio categoriale, sia l'approccio dimensionale sono basati su un modello epistemologico di tipo elementarista. I due approcci hanno lo scopo di individuare gli elementi che caratterizzano una condizione patologica per poterla definire. L'approccio categoriale utilizza una logica on/off che richiede che siano presenti determinati criteri per poter affermare l'appartenenza alla specifica categoria. L'approccio dimensionale procede invece secondo un modello bottom up, che va dal particolare al generale (Aldi, 2022). È da sottolineare come il DSM, pur dichiarandosi un modello ateorico, fonda le sue basi epistemiche nel neopositivismo logico, nel comportamentismo di Watson, nell'operazionismo di Bridgman (1952) e nel neoempirismo riduzionista (Quine, 1980; Russell, 2011). Il DSM è nato infatti con l'obiettivo di semplificare e ridurre la complessità della psicopatologia per creare un modello di utilità pratica. Il rischio nell'utilizzo di questo modello nella clinica è che si ponga l'attenzione nel descrivere e catalogare sintomi e comportamenti, al posto di comprendere l'esperienza soggettiva di ogni paziente. La personalità è un costrutto complesso, dinamico e in continua evoluzione e, pertanto, non è riducibile attraverso l'elenco degli elementi che la costituiscono. La diagnosi, quindi, possiede una bassa utilità se la si imposta come processo di scoperta di un dato oggettivo, e non come un'osservazione partecipe di un funzionamento personale e interpersonale. Eppure, l'idea che per comprendere un disturbo di personalità sia necessario accedere al mondo interiore del paziente è presente nel DSM 5; nella pratica, però, scompare l'analisi dell'esperienza interiore per far prevalere alcuni aspetti più facilmente osservabili (Aldi, 2022). È da questa osservazione che si rende evidente la forte influenza del modello operazionista e comportamentista, che limita la descrizione dei disturbi a criteri osservabili, rinunciando all'indagine della complessità del funzionamento psichico del paziente. Senza considerare la complessità della vita interiore del paziente non si avranno indizi circa la sua personalità e il suo modo di essere.

1.6 Fenomenologia e disturbi di personalità

Jaspers, è stato un noto filosofo e psichiatra. Ritenuto il fondatore della psicopatologia fenomenologica, affermava che il fulcro dell'indagine psicopatologica fosse l'esperienza soggettiva del paziente, che si esprime attraverso il linguaggio (Jaspers, 1913; 1964). In quest'ottica, la sofferenza del paziente va compresa contestualizzando i sintomi nella sua storicità, non limitandosi alla staticità di una descrizione. L'approccio fenomenologico si propone come un'alternativa agli approcci dimensionali e categoriali. Lo scopo di tale approccio è comprendere il significato della sofferenza e della sintomatologia alla luce dei motivi individuali, inserendole nel contesto di specifici orizzonti storici e culturali. A questo scopo, nella terapia, ad assumere importanza è lo specifico modo del paziente di stare nel mondo. Questo approccio permette di progettare un percorso di cura mirato all'individualità del paziente, tenendo in considerazione anche i meccanismi biologici che spiegano determinati funzionamenti. Nella visione fenomenologica, la diagnosi nosografica assume una funzione pratica per la comunicazione tra professionisti, mentre viene ritenuta utile a scopi clinici una descrizione funzionale per individuare obiettivi di benessere specifici e condivisi. Comunicare una diagnosi a un paziente potrebbe far sì che egli utilizzi tale etichetta per descrivere sé stesso e confermarla in un circolo vizioso, mentre contestualizzare l'esperienza e costruire il significato che essa assume permette di colmare la frattura identitaria che accompagna la sofferenza.

Un esempio di approccio terapeutico che integra i principi della psicopatologia fenomenologica è la psicoterapia cognitiva neuropsicologica. Questo metodo si basa sull'idea che esistano due modalità di studio dell'essere umano: il metodo delle scienze naturali, che ne analizza gli attributi per classificarlo e spiegarne i comportamenti, e quello delle scienze umane, che ne esplora l'esistenza e modi di essere nel mondo.

Ogni individuo è situato (*embedded*) e incarnato (*embodied*) in un determinato contesto storico e culturale e si proietta continuamente oltre sé stesso attraverso la progettualità.

I modi di essere sono formati da due esistenziali fondamentali: il *sentirsi situato* e il *comprendere*. Il sentirsi situato, secondo tonalità emotiva, è correlato con il concetto dell'appartenenza a sé dell'esperienza, ovvero l'essere sempre mio dell'esperienza (*ipseità*). A sua volta, l'ipseità, è accompagnata da una forma di comprensione di sé-nel-mondo, prerequisito di ogni riconfigurazione riflessiva (Liccione, 2001).

Pertanto, ne consegue che un metodo puramente descrittivo sia insufficiente al fine di comprendere l'esistenza soggettiva.

In quest'ottica, la diagnosi nosografico-descrittiva scaturisce dall'approccio delle scienze naturali, che cerca di studiare la psicopatologia fornendo spiegazioni sulle cause degli eventi umani. Tuttavia, per comprendere il senso della patologia, la psichiatria non può limitarsi a individuare l'insieme dei sintomi e dei segni che accomunano un individuo a tutti coloro che soffrono della stessa patologia. È la psicologia che, attraverso la focalizzazione sulla comprensione dei modi di essere unici degli individui, può rendere conto del senso che la patologia assume nell'esistenza dell'individuo. Le due scienze, in una visione multidisciplinare, devono interfacciarsi per giungere a una visione complessiva dell'individuo, che appartiene sia all'ordine naturale sia a quello psicologico. Il dialogo tra le due discipline può avvenire tramite la traduzione dei rispettivi linguaggi specialistici. Alla luce di questa osservazione, è possibile collocare le patologie mentali lungo un continuum (*arco neuropsicopatologico*), ai cui estremi ci sono le patologie *storiche* e le patologie *non storiche*. Le patologie storiche derivano da un'alterazione dell'identità personale, conseguente a eventi della storia della vita della persona, non riconfigurati in maniera identitaria o completamente non riconfigurati. Le patologie non storiche, invece, sono caratterizzate da un'alterazione dei modi dell'ipseità, che quindi ha cause organiche e non storiche.

In questo contesto, i disturbi di personalità rappresentano un esempio significativo di come fattori storici e non storici interagiscono nelle patologie, richiedendo un approccio interdisciplinare. Infatti, I DP sono il risultato di una complessa interazione tra fattori genetici, neurobiologici, psicologici, ambientali e culturali e, per questa ragione, di norma si situano al confine tra patologia storica e non storica.

L'obiettivo della psicoterapia, in quanto scienza umana, ha lo scopo di trasformare i modi esperienziali. Questo avviene attraverso l'accompagnamento dell'individuo verso la comprensione dei suoi modi esperienziali, contestualizzati di volta in volta, al fine di riconfigurarli in maniera emotivamente identitaria. Con il riconoscimento dei modi esperienziali esiste la possibilità per l'individuo di riposizionarsi in maniera diversa nelle situazioni.

1.7 Il caso del disturbo borderline di personalità

Il termine *borderline* è stato introdotto per la prima volta all'interno della diagnostica psicoanalitica nel 1938 da Adolph Stern. L'etichetta diagnostica nasce per definire un gruppo di pazienti che non era possibile inquadrare né nella struttura nevrotica né in quella psicotica e che mostravano una peculiare resistenza alla psicoterapia. Negli anni, il concetto di *borderline* è stato ampiamente modificato. La diagnosi di Disturbo Borderline di Personalità (DBP) è apparsa per la prima volta nel 1980 nell'edizione DSM III.

Il Disturbo Borderline di personalità è il disturbo di personalità più spesso diagnosticato e ha una prevalenza compresa tra lo 0,7% e il 5,8% nella popolazione generale (Barnow et al., 2007; Grant et al., 2008), prevalenza che è di circa il 10% in contesto di cura ambulatoriale (Ellison et al., 2018; Widiger & Weissman, 1991; Bozzatello et al., 2021) e fino al 20% nei pazienti ricoverati (Widiger & Weissman, 1991; Ellison, 2018; Bozzatello et al., 2021). Le evidenze suggeriscono una maggiore prevalenza del DBP nel genere femminile. A tal proposito, nel DSM-5 è riportato un rapporto di 1:3 (APA, 2013). Tuttavia, uno studio condotto da Tomko e colleghi (2014) osserva che tale differenza nella prevalenza sia dovuta a imprecisioni diagnostiche o di campionamento o a fattori biologici o socioculturali. Nel loro studio, la differenza nella prevalenza era difatti minore: 2.4% vs. 3,05%.

Il disturbo è associato a una notevole compromissione sociale e professionale e a un maggiore ricorso ai servizi medici (Leichsenring et al., 2011).

La maggior parte delle persone con DBP presenta disturbi mentali in comorbidità come, ad esempio, disturbi dell'umore (depressione maggiore o disturbo bipolare) (83%), disturbi d'ansia (85%) o disturbi da uso di sostanze (78%) (Leichsenring et al., 2023); ciò complica il quadro clinico.

La diagnosi di DBP è correlata ad un più alto rischio suicidario e un maggior discontrollo degli impulsi. (Paris & Zweig-Frank, 2001). È stata trovata inoltre una relazione tra incremento di rischio suicidario e la comorbidità tra DBP e disturbo da uso di sostanze (Links et al., 1995). In generale, la comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi di personalità è, infatti, riconosciuta come fattore di rischio per il comportamento suicidario. Tuttavia, è da notare come la letteratura sui suicidi riusciti in

questo disturbo è poco soddisfacente, nonostante il suicidio rappresenti la principale causa di morte di questi pazienti (Pompili, 2005).

1.7.1 Eziologia del disturbo borderline di personalità

Il rischio di sviluppare il DBP sembra derivare da una complessa interazione tra predisposizione genetica ed esperienze di vita avverse, che possono essere più frequenti presenti nella storia di questi soggetti a causa di fattori temperamentali (Distel et al., 2011). La vulnerabilità rispetto al DBP coinvolge fattori ambientali e presenza di traumi precoci e caratteristiche psicopatologiche infantili (con alterazioni neurobiologiche associate). Questi fattori precoci interagenti sono molto importanti per il rilevamento tempestivo dello sviluppo del DBP (Bozzatello et al., 2019).

Tra i fattori di rischio ambientali precoci, i più rilevanti sono:

- Lo status socioeconomico
- Presenza di psicopatologie in famiglia
- Relazione genitore-bambino
- Eventi traumatici (abusi, maltrattamenti e negligenza)
- Bullismo e rifiuto da parte dei pari

(Bozzatello et al., 2021)

La correlazione tra lo sviluppo di DBP e la dimensione degli eventi traumatici è stata ampiamente indagata. È stato osservato che i traumi precoci rappresentano un *trigger* per lo sviluppo di diversi tratti borderline, come l'instabilità emotiva, la disregolazione emotiva e comportamenti autodistruttivi (autolesionismo e abuso di sostanze) (Herzog, Schmahl, 2018).

I fattori temperamentali e i tratti di personalità, trovati nei bambini e negli adolescenti, che predispongono a sviluppare il DBP sono i seguenti:

- Affettività negativa
- Instabilità emotiva
- Rabbia inappropriata
- Scarso controllo emotivo
- Impulsività
- Aggressività

(Bozzatello et al., 2021)

In merito ai tratti di personalità elaborati da Cloninger (1993), in uno studio è stato osservato che l'elevata presenza dei tratti *harm avoidance* e *novelty seeking* era predittiva di un precoce sviluppo del DBP (Joyce et al., 2003).

Per quanto riguarda le evidenze sui fattori genetici, verranno riportati di seguito alcuni studi. Studi familiari, come quello di Gunderson e colleghi (2011) hanno fornito prove sull'ereditarietà del disturbo. Studi sui gemelli sono stati invece preziosi per lo studio dell'ereditabilità (varianza fenotipica attribuibile a influenze genetiche piuttosto che ambientali). In genere, questi studi stimano un'ereditabilità del disturbo tra il 40% e il 70% (Pier et al., 2016). Alcuni studi molecolari, attraverso l'analisi dei polimorfismi a singolo nucleotide e degli aplotipi, hanno individuato un gene che codifica una specifica isoforma di TPH2. Questa specifica isoforma di TPH (un enzima neurone-specifico responsabile nella produzione della serotonina) è associata a tassi più elevati di ansia, depressione e comportamento suicidario. Uno studio del 2010 (Perez-Rodriguez et. al) ha rilevato che tale aplotipo era più diffuso nei pazienti con DBP, rispetto ad altri pazienti con diverso disturbo di personalità e ai controlli sani. I soggetti con questa variazione genetica presentavano punteggi più alti di aggressività, di labilità emotiva e di comportamento suicidario. Tra i geni dei recettori della serotonina (5-HT), i polimorfismi in 5HTR2A e 5HTR2C sono maggiormente associati al DBP. Le varianti del recettore 5HT2A sono note per la loro correlazione con il suicidio, la labilità affettiva e il controllo degli impulsi (Amad et al., 2014).

È probabile che anche le alterazioni epigenetiche abbiano un ruolo importante nello sviluppo dei sintomi del DBP. Alcuni dei geni che sono risultati metilati in questo disturbo sono il MIR124-3, il cui prodotto è implicato nella regolazione della plasticità neurale e della funzione dell'amigdala (Prados et al., 2015) e il BDNF (fattore neurotrofico cerebrale) (Perroud et al., 2013).

1.7.2 Criteri diagnostici all'interno del DSM-5

Nella sezione II del DSM-5, il DBP è descritto con la seguente modalità:

Un modello pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e una marcata impulsività che inizia nella prima età adulta e si presenta in una varietà di contesti, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

1. Sforzi frenetici per evitare l'abbandono reale o immaginario.
2. Un modello di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzato dall'alternanza di estremi di idealizzazione e svalutazione.
3. Disturbo dell'identità: immagine o senso di sé marcatamente e persistentemente instabile.
4. Impulsività in almeno due aree potenzialmente dannose per sé stessi (ad esempio, spese, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate). Nota: non includere i comportamenti suicidari o di automutilazione presenti al Criterio 5.
5. Comportamenti, gesti o minacce ricorrenti di suicidio o comportamenti auto-mutilanti.
6. Instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (per esempio, intensa disforia episodica, irritabilità o ansia che di solito dura poche ore e solo raramente più di qualche giorno).
7. Sensazione cronica di vuoto.
8. Rabbia intensa e inappropriata o difficoltà a controllare la rabbia (ad esempio, frequenti manifestazioni di collera, rabbia costante, scontri fisici ricorrenti).
9. Ideazione paranoica transitoria e legata allo stress o gravi sintomi dissociativi.

(APA, 2013)

All'interno del DSM-5, nella sezione III, il DBP è concettualizzato nel seguente modo:

Il DBP è caratterizzato da compromissioni nei fattori relazionati al funzionamento della personalità (identità, autodirezionalità, empatia, intimità) e da tratti patologici nelle dimensioni dell'affettività negativa e dell'antagonismo e disinibizione.

1. Moderata o più grave compromissione del funzionamento della personalità, che si manifesta con caratteristiche difficoltà in due o più delle seguenti quattro aree:

Identità:	immagine di sé , scarsamente sviluppata o instabile, spesso associata a eccessiva autocritica; sentimenti di vuoto; stati dissociativi sotto stress.
Autodirezionalità:	instabilità in obiettivi, aspirazioni, valori o progetti relativi alla professione.
Empatia:	capacità compromessa nel riconoscere i sentimenti e i bisogni degli altri, associata a ipersensibilità interpersonale; percezione degli altri distorta rispetto a caratteristiche negative o vulnerabilità proprie.
Intimità:	relazioni affettive intense, instabili conflittuali, caratterizzate da diffidenza, dipendenza e preoccupazione ansiosa per l'abbandono, reale o immaginato, spesso oscillanti tra gli estremi dell'idealizzazione e della svalutazione e alternanti tra eccessivo coinvolgimento distacco.

Tabella 1.10. Sottodimensioni del funzionamento personale e interpersonale nel DBP, secondo la classificazione AMPD del DSM-5 (APA, 2013).

2. Quattro o più dei seguenti sette tratti di personalità patologici, almeno uno dei quali dev'essere impulsività, tendenza correre rischi o ostilità.

Affettività negativa:

- 1) Labilità emotiva: esperienze emotive instabili e frequenti cambiamenti di umore; emozioni che insorgono facilmente sono intense e/o sproporzionate rispetto a eventi e circostanze.
- 2) Ansia: intense sensazioni di nervosismo, tensione o panico, spesso in reazione a stress interpersonali; preoccupazione per gli effetti negativi di passate esperienze spiacevoli ed eventualità negative future; provare paura, apprensione o sentirsi minacciati dall'incertezza; timore di “crollare” o di perdere il controllo.
- 3) Angoscia di separazione: timore di essere rifiutati e separarsi da figure significative, associato a paure di eccessiva dipendenza e completa perdita di autonomia.
- 4) Umore depressivo: sentirsi frequentemente tristi, infelici e/o senza speranza; difficoltà nel riprendersi da tali stati d'animo; pessimismo circa il futuro; vergogna pervasiva; sentimenti di disistima; pensieri di suicidio e comportamento suicidario.

Disinibizione:

- 1) Impulsività: agire immediatamente in risposta a stimoli contingenti; agire su base momentanea, senza un piano o un esame dei risultati; difficoltà a formulare e seguire piani; senso di urgenza e comportamento autolesivo sotto stress emotivo.
- 2) Tendenza a comportamenti rischiosi: intraprendere attività pericolose e potenzialmente dannose per sé, senza preoccuparsi delle conseguenze; noncuranza dei propri limiti e negazione del reale pericolo per la persona.

Antagonismo:

- 1) Ostilità: sentimenti di rabbia persistente o frequente.

Specificatori: aspetti specifici del funzionamento di tratto e del livello di personalità possono essere usati per registrare la presenza di ulteriori caratteristiche di personalità, che possono essere presenti nel disturbo borderline di personalità ma non sono necessarie per la diagnosi.

In questa descrizione si può notare che non sono comprese, come manifestazioni del disturbo, i sintomi dissociativi.

(APA, 2013).

1.7.3 Criteri diagnostici nell'ICD-11

All'interno dell'ICD-11 è presente un qualificatore del modello borderline. Viene riportato l'elenco, adattato dalle Descrizioni cliniche e Linee guida dei disturbi di personalità dell'ICD-11, presente nell'articolo "*Application of the ICD-11 classification of personality disorders*" (Bach et al., 2018).

Il qualificatore del modello borderline può essere applicato a individui il cui modello di disturbo di personalità è caratterizzato da un modello pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da una marcata impulsività, come indicato da cinque (o più) dei seguenti elementi:

- Sforzi frenetici per evitare l'abbandono reale o immaginario.
- Un modello di relazioni interpersonali instabili e intense, tipicamente caratterizzate dall'alternanza di estremi di idealizzazione e svalutazione.

- Disturbo dell'identità, che si manifesta con un'immagine o un senso di sé marcatamente e persistentemente instabili.
- Impulsività che si manifesta con comportamenti potenzialmente dannosi per sé stessi (per esempio, comportamenti sessuali a rischio, guida spericolata, uso eccessivo di alcol o sostanze, abbuffate).
- Episodi ricorrenti di autolesionismo (per esempio, tentativi o gesti di suicidio, automutilazione).
- Instabilità emotiva dovuta a una marcata reattività dell'umore. Le fluttuazioni dell'umore possono essere innescate internamente (per esempio, dai propri pensieri) o da eventi esterni. Di conseguenza, l'individuo sperimenta intensi stati d'animo disforici, che in genere durano poche ore ma possono durare anche diversi giorni.
- Sensazione cronica di vuoto.
- Rabbia intensa e inappropriata o difficoltà a controllare la rabbia, che si manifesta con frequenti manifestazioni d'ira (per esempio, urlare o gridare, lanciare o rompere oggetti, arrivare a scontri fisici).
- Sintomi dissociativi transitori o caratteristiche psicotiche (per esempio, brevi allucinazioni, paranoia). in situazioni di elevata eccitazione affettiva.

Altre manifestazioni del modello borderline, che possono non essere tutte presenti in un dato individuo in un dato momento, sono le seguenti:

- Una visione di sé come inadeguata, cattiva, colpevole, disgustosa e spregevole.
- Un'esperienza di sé come profondamente diversa e isolata dalle altre persone; un doloroso senso di alienazione e di solitudine pervasiva.
- Predisposizione all'ipersensibilità al rifiuto; problemi nello stabilire e mantenere livelli di fiducia coerenti e adeguati nelle relazioni interpersonali; frequente interpretazione errata dei segnali sociali.

1.7.4 Neurobiologia del disturbo

Esistono alcune alterazioni neurobiologiche comunemente osservate nei soggetti con diagnosi di DBP.

Nello studio di Schmahl et al. (2014), vengono evidenziate anomalie nel funzionamento del circuito cortico- limbico, che comprende:

- la corteccia prefrontale dorsolaterale, implicata nella motivazione e nelle funzioni esecutive
- la corteccia anteriore cingolata anteriore, coinvolta nell'anticipazione della ricompensa, nel decision making, nell'empatia, nell'emotività e nel controllo degli impulsi
- l'amigdala, struttura implicata nell'elaborazione emotiva e nell'apprendimento di stimoli emotivi
- l'ippocampo, fondamentale nella funzione della memoria e dell'apprendimento

CAPITOLO 2

Disturbo da Uso di Sostanze

Il Disturbo da Uso di Sostanze è una categoria diagnostica relativamente recente. L'interesse per il fenomeno del consumo di sostanze e della tossicodipendenza è cresciuto a causa del riconoscimento delle problematiche sociali che ne derivavano. Lo stigma connesso al disturbo ha probabilmente contribuito alla tarda concettualizzazione psicopatologica.

2.1 Dal modello morale al modello medico

La dipendenza patologica era inizialmente vista come un problema sociale legato all'impulsività e ai comportamenti antisociali. Questa visione era sostenuta dal modello vigente su questa condizione, che era il modello morale. Il modello morale della dipendenza è una prospettiva che attribuisce la causa principale dell'abuso di sostanze a una debolezza di carattere, a una mancanza di volontà o a un vizio personale. In altre parole, secondo questo modello, le persone che sviluppano una dipendenza sono ritenute moralmente responsabili e colpevoli del loro comportamento, e il superamento del problema è visto come una questione di semplice forza di volontà. In alternativa, il vizio viene interpretato come risultato di una società incapace di trasmettere all'individuo valori morali e senso di appartenenza (Girardi et al., 2000). Tale modello gode di consenso in alcune società e in determinati ambienti terapeutici; difatti, ha ispirato alcuni trattamenti, tra cui i programmi di carattere residenziale. Il modello morale oscilla tra un approccio punitivo a orientamento legale e un approccio riabilitativo preventivo. Le origini storiche e filosofiche del modello morale affondano le proprie radici nell'antichità classica, dove l'eccesso e la moderazione erano temi centrali della filosofia morale. Anche nelle principali religioni monoteiste il vizio è considerato un peccato. Il modello morale ha diversi difetti. Innanzitutto, ha il difetto di ignorare le cause dell'instaurarsi e del mantenimento del disturbo. In secondo luogo, non fornisce strumenti utili per la terapia e per la prevenzione e, in ultimo, stigmatizza le persone che soffrono di questa problematica, senza alcun fondamento scientifico. Il modello medico si contrappone fortemente al modello morale. Il modello medico ha iniziato a svilupparsi all'inizio del XIX secolo, grazie alla congiunzione tra trasformazioni sociali, morali ed evoluzioni in campo medico (Canali, S., 2003). I primi

a concettualizzare il fenomeno della dipendenza come una malattia furono Benjamin Rush, negli Stati Uniti (1793) e Thomas Trotter in Inghilterra (1804). Da quel momento, svariati professionisti hanno sostenuto questa visione. Il modello medico è una prospettiva che considera il Disturbo di uso da sostanze (DUS) come una malattia cronica, causata dalle alterazioni neurobiologiche del cervello. La prospettiva pone, dunque, l'attenzione sui meccanismi biologici, come i circuiti cerebrali della ricompensa e i cambiamenti neurochimici che conseguono all'assunzione di sostanze. Concordemente a questa visione, il modello propone che il disturbo richieda un trattamento farmacologico, al fine di ristabilire l'equilibrio elettrochimico alterato. In questo modello, si considera che ogni individuo abbia una particolare predisposizione genetica per lo sviluppo del disturbo, tralasciando l'importanza delle componenti psico-sociali e ambientali. La diffusione del modello medico è dovuta al fatto che la prospettiva ha contribuito a rimuovere lo stigma sociale che circondava il consumo, incoraggiando molte persone a richiedere aiuto. Allo stesso tempo, privando l'individuo della responsabilità individuale, la visione porta con sé il rischio di causare effetti negativi sul miglioramento del quadro clinico dei pazienti. Alcuni studi mostrano l'impatto negativo che la credenza di essere "malato di dipendenza" ha sul recupero e sulla remissione dei sintomi nei fumatori, negli alcolisti e nei consumatori cronici di sostanze d'abuso illecite. Un altro punto critico del modello medico è che esso suggerisce che i mutamenti che avvengono nel cervello, a seguito del consumo, siano una causa necessaria e sufficiente per spiegare l'insorgenza del disturbo. Questa convinzione sottovaluta le evidenze neuroscientifiche sulla complessità, sulla plasticità e l'apertura verso l'ambiente dei processi cerebrali. Inoltre, l'individuazione dei siti e dei meccanismi d'azione delle sostanze d'abuso, come l'identificazione del funzionamento e della farmacologia dei circuiti del rinforzo danno una rappresentazione solo parziale delle basi biologiche della dipendenza. Questi meccanismi neurobiologici sono infatti modulati dagli stimoli ambientali e dall'elaborazione cognitiva ed emotiva. È necessario considerare anche questi ultimi aspetti per avere una comprensione della complessità del fenomeno. Il Disturbo da Uso di Sostanze è di natura multifattoriale e multidimensionale e ciò spiega la ragione per cui non sia stata trovata una cura specifica e farmacologica. Inoltre, considerare le differenze individuali, i fattori psico-sociali e ambientali, oltre che le vulnerabilità biologiche, può aiutare a comprendere perché i

soggetti sottoposti a cure antidolorifiche con oppiacei non sviluppano uso compulsivo, pur manifestando alcuni sintomi della dipendenza fisiologica, mentre altri sviluppino un consumo compulsivo fin dal primo utilizzo. La medicalizzazione offre una visione parziale della problematica, ignorando l'uso non problematico, che si configura come fattore di rischio. Infine, l'affermazione del modello medico nella ricerca può condizionare l'interpretazione dei dati e la distribuzione dei finanziamenti, influenzando i protocolli sperimentali. Contemporaneamente, le istituzioni scientifiche ed economiche tendono a promuovere questo orientamento, tutelando i propri interessi. In conclusione, è importante sottolineare che sia il modello morale, sia quello medico hanno l'obiettivo terapeutico di controllare il consumo (Girardi et al., 2000), mentre un approccio psicopatologico porrebbe invece l'attenzione sul vissuto soggettivo del paziente. Questo fatto mette in evidenza come entrambi i due modelli risultino insufficienti per inquadrare la problematica del consumo.

2.2 La questione nosografica: classificazione secondo il DSM-5 e ICD-11

Nel capitolo del DSM-5, che riguarda i Disturbi correlati a sostanze, sono comprese dieci classi differenti di droghe: caffeina, alcol, allucinogeni (con una categoria a parte per la fenciclidina), inalanti, oppioidi, stimolanti, ansiolitici, cannabis, tabacco e altre sostanze (APA, 2013). I disturbi sono classificati secondo la sostanza implicata. Le dieci sostanze inserite nella classificazione, pur avendo meccanismi farmacologici diversi, hanno in comune il fatto che, se consumate in eccesso, producono un'attivazione diretta e generale del sistema di ricompensa cerebrale, che è implicato nel rinforzo dei comportamenti e nella creazione di ricordi. Nella parte introduttiva del capitolo, viene sottolineato che la stimolazione del sistema di ricompensa è così intensa che porta gli individui a trascurare le altre attività vitali e che gli individui che hanno minore livello di autocontrollo e che riflettono disfunzioni nel meccanismo di inibizione cerebrale sono più predisposti a sviluppare un disturbo da uso di sostanze. I disturbi correlati a sostanze si dividono in due gruppi, che sono i disturbi da uso di sostanze e i disturbi indotti da sostanze. Quest'ultimo gruppo include l'intossicazione, l'astinenza e altri disturbi mentali indotti dalle sostanze o farmaci. Sempre all'interno di questo capitolo, è inserito il Disturbo da Gioco D'azzardo (DAG), siccome è stato osservato che in questo disturbo viene attivato il sistema di ricompensa e che si palesino

manifestazioni comportamentali simili a quelle nei soggetti con consumo problematico di sostanze. L'inserimento del DAG è una novità rispetto al DSM-IV, per il fatto che prima era situato all'interno della classificazione dei Disturbi del Controllo degli Impulsi.

Per quanto riguarda il Disturbo da Uso di Sostanze, ciò che lo caratterizza è l'associazione di sintomi cognitivi, fisiologici e comportamentali che indicano che la persona consuma, nonostante i problemi che ne derivano. Nel DSM-5 si sottolinea in modo particolare il fatto che nel disturbo si osservi un cambiamento sottostante nei circuiti cerebrali che persiste a seguito della disintossicazione, soprattutto in individui con disturbo grave. Il disturbo è classificato secondo tre categorie di gravità (lieve, moderato, grave), basate sul numero di criteri soddisfatti. Nel disturbo lieve sono presenti due o tre criteri, in quello moderato quattro o cinque e in quello grave sei o più. La gravità può variare nel corso del disturbo e si può rilevare nel tempo osservando la riduzione o aumento nella frequenza del consumo, valutata tramite il racconto del paziente, del suo intorno, di altri esperti, del clinico e dei test. I criteri diagnostici sono suddivisi in quattro gruppi, a seconda del nucleo psicopatologico di cui trattano:

1. Mancanza di controllo (criteri 1-4)
2. Deterioramento sociale (criteri 5-7)
3. Uso a rischio (criteri 8-9)
4. Criteri farmacologici: tolleranza e astinenza (criteri 10-11)

La tolleranza si definisce come l'aumento significativo della dose della sostanza per ottenere gli effetti desiderati o come una riduzione rilevante dell'effetto nel momento in cui si assume la dose abituale. Il grado di tolleranza sviluppato ha una varianza che dipende dalle differenze individuali e dall'azione della specifica sostanza. Inoltre, il DSM evidenzia che oltre alla tolleranza si potrebbe considerare anche la sensibilità iniziale alla sostanza, ovvero l'insieme delle differenze individuali che fanno sì che una persona che prova per la prima volta una sostanza ne senta l'effetto in minore o maggior grado rispetto a un'altra. L'astinenza invece è una sindrome che si presenta quando diminuisce la concentrazione della sostanza nel sangue o tessuti in un una persona che consuma in modo prolungato. I sintomi di astinenza variano a seconda della sostanza e per alcune sostanze possono essere assenti, per tale ragione ogni disturbo ha un insieme

di criteri diversi. Ad esempio, il criterio dell'astinenza nel Disturbo da Uso di Allucinogeni, Fenciclidina e Inalanti non è compreso, in quanto non è stata osservata una sindrome significativa per tali sostanze. La diagnosi dispone anche di specificatori in merito al decorso del disturbo, ovvero "in remissione iniziale", "in remissione protratta", "in ambiente controllato", "in terapia agonista". Nell'introduzione è rimarcata la decisione di non utilizzare il termine dipendenza per la possibile accezione negativa che può assumere, anche se alcuni clinici lo utilizzano per descrivere le patologie più gravi.

Rispetto alla versione precedente del manuale, nel DSM-5 vi sono diversi cambiamenti rilevanti. Tra questi, l'eliminazione del criterio relativo ai problemi legali ricorrenti e la fusione delle diagnosi di abuso e dipendenza in un'unica categoria, suddivisa per gravità. Questo nuovo tipo di classificazione tiene conto delle diverse modalità con cui il disturbo può manifestarsi a seconda delle circostanze, avvicinandosi in tal modo all'approccio ecologico-sociale, che riconosce come il consumo sia influenzato da fattori individuali, sociali e ambientali. Inoltre, il DSM-5 pone maggiore enfasi sui sintomi psicologici, includendo per la prima volta il *Craving* come criterio diagnostico (precedentemente incluso nel desiderio persistente), definito come un forte desiderio o impulso a usare la sostanza. Il DSM-5-TR rimane sostanzialmente in linea con il DSM-5 (APA, 2022). Si noti come il DSM si basi sul modello di dipendenza come malattia, attribuendo la causa del disturbo i cambiamenti neurobiologici.

L'ICD-11 presenta numerose novità. Uno degli aspetti innovativi e distintivi dell'ICD-11, rispetto al DSM e alla precedente versione dell'ICD-10, è l'attenzione rivolta ai danni collaterali causati dall'uso di sostanze, sia per l'individuo sia per i terzi coerentemente con recenti studi che sottolineano l'importanza di considerare tutti i danni, sia diretti che indiretti, che l'uso di sostanze può causare, includendo anche incidenti stradali, violenze domestiche e altre forme di danno interpersonale e sociale. Il fatto che venga incluso anche il danno alla salute di terzi rappresenta un valore aggiunto dell'ICD-11 (Reed et al., 2019).

L'ICD-11 include un elenco più ampio di sostanze psicoattive, ovvero i cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici, ed è stata introdotta una categoria separata per i disturbi dovuti alla metilene-diossimetanfetamina (MDMA) e alla metilene-diossiamfetamina (MDA). L'ICD 11 è, quindi, più specifico, per quanto riguarda le singole sostanze o i

sottogruppi, rispetto al DSM, riflettendo il suo ruolo di sistema internazionale per il monitoraggio delle tendenze nell'uso di sostanze e dell'emergere di nuove sostanze a livello globale, nonché di manuale clinico.

Nell'ICD-11, il DUS è suddiviso in diverse categorie diagnostiche: la Dipendenza, il Pattern Dannoso da Uso di sostanze, l'Episodio da Uso Dannoso e l'Uso Rischioso (Crespi et al., 2024).

Il Pattern Dannoso da Uso di sostanze si configura come “uso ripetitivo di sostanze, che ha causato danni alla salute fisica o mentale o ha portato a comportamenti che danneggiano la salute degli altri, ma che non ha comportato un controllo costantemente compromesso sul consumo, caratteristiche fisiologiche o persistenza nell'uso di sostanze nonostante il danno” (OMS, 2022). Si tratta di una diagnosi di subdipendenza e il pattern deve essere evidente per un periodo di almeno dodici mesi (se l'uso della sostanza è episodico), o almeno un mese (se l'uso è continuo).

Un Episodio da Uso Dannoso di sostanze viene invece definito come “un episodio di consumo di sostanze che ha causato danni acuti alla salute fisica o mentale della persona o ha portato a comportamenti che causano danni alla salute degli altri” (OMS, 2022). La diagnosi non deve essere posta se il danno è attribuibile a un modello noto di consumo. L'introduzione dell'Episodio di Uso Dannoso di sostanze nell'ICD-11 consente un'intercettazione precoce e previene l'aggravamento del quadro clinico e delle relative complicanze (Reed et al., 2019). Se si considera la diagnosi di Pattern da Uso Dannoso, è possibile identificare una condizione in cui è richiesto un intervento terapeutico più incisivo rispetto a quello dell'Episodio. Si riferisce, infatti, a una situazione in cui sono presenti danni clinicamente significativi alla salute fisica o mentale, attribuibili sia agli effetti diretti della sostanza, sia a conseguenze indirette o a modalità di consumo particolarmente rischiose.

Altra novità dell'ICD11 è l'introduzione dell'Uso Rischioso di sostanze, che è una nuova categoria diagnostica inclusa tra i “fattori di rischio per la salute”, in una sezione separata dedicata ai “Fattori che influenzano lo stato di salute o gli incontri con i servizi sanitari”. Questa categoria non è considerata un disturbo, ma permette di identificare precocemente situazioni a rischio, consentendo interventi tempestivi e mirati (Reed et al., 2019). Tale specifica diagnostica non è presente nel DSM-5, bensì presente nel

criterio diagnostico “uso ricorrente in situazioni in cui sarebbe fisicamente rischioso”.

Le caratteristiche principali dell’Uso Rischioso di sostanze sono:

- (1) aumento del rischio;
- (2) effetti a breve e lungo termine;
- (3) mancanza di danni diagnosticabili;
- (4) persistenza nonostante la consapevolezza del rischio.

La definizione non indica in modo preciso la quantità del consumo, bensì si basa su parametri stabiliti dall’OMS e dai governi nazionali che definiscono cosa si intenda per “Uso rischioso”. L’aggiunta di questa categoria evidenzia il rischio potenziale di danni senza la presenza di danni fisici o mentali già diagnosticabili, differenziandosi dall’Uso Dannoso di sostanze e fornendo un quadro utile per la gestione del rischio nella pratica clinica e nella salute pubblica. Relativamente alla categoria diagnostica di Dipendenza, l’ICD-11 ha voluto semplificare la definizione della precedente edizione, raggruppando i 6 noti criteri diagnostici in soli 3 aspetti:

- 1) Controllo compromesso sull’uso della sostanza: in termini di inizio, livello, circostanze o interruzione dell’uso, spesso, ma non necessariamente accompagnato da una sensazione soggettiva di desiderio o bisogno di consumare.
- 2) Priorità crescente del consumo nella vita: tale che il suo utilizzo abbia la precedenza su altri interessi o piaceri, attività quotidiane, responsabilità, salute o cura personale. L’uso della sostanza assume un ruolo sempre più centrale nella vita della persona e relega altre aree della vita ai margini, e spesso continua nonostante la comparsa di problemi.
- 3) Caratteristiche fisiologiche come tolleranza, sintomi di astinenza dopo la cessazione o la riduzione dell’uso di sostanze o uso ripetuto di sostanze per prevenire o alleviare i sintomi di astinenza.

I due sistemi di classificazione DSM-5-TR e ICD-11 presentano alcune differenze (Tabella 2.1). Rispetto al DSM-5-TR, l’ICD-11 non menziona esplicitamente il *craving* come criterio diagnostico, ma inserisce la difficoltà a controllare il consumo e l’uso che diviene prioritario rispetto ad altre attività vitali. Inoltre, non possiede strumenti per indicare la gravità del disturbo come nel DSM-5-TR. L’ICD-11 definisce il disturbo in termini di danni alla salute fisica o mentale e problemi funzionali e comportamentali, favorendo un trattamento più integrato, che tenga conto non solo dei sintomi

comportamentali, ma anche delle conseguenze mediche del disturbo. Nel complesso, i due sistemi presentano approcci diversi, ma complementari. Il DSM-5-TR è più inclusivo e tende a diagnosticare un maggior numero di casi grazie alla sua soglia diagnostica più bassa (due criteri su undici), mentre l'ICD-11 adotta un approccio più olistico, orientato alla salute pubblica e alla prevenzione. L'utilizzo integrato di entrambi i sistemi permetterebbe di ottenere una diagnosi più completa, che tenga conto sia degli aspetti neurobiologici, sia dei danni sociali e fisici, per una gestione più efficace dei disturbi da uso di sostanze.

	DSM-5-TR	ICD-11
Classificazione delle sostanze	Dieci classi di sostanze (es. alcol, caffeina, allucinogeni, etc.).	Include cannabinoidi e catinoni sintetici, MDMA/MDA.
Gravità del disturbo	Basata sul numero di criteri soddisfatti (lieve, moderato, grave).	Non specifica gravità.
Craving	Incluso come criterio diagnostico	Non menzionato esplicitamente
Tolleranza e astinenza	Inclusi come criteri (tolleranza, astinenza).	Inclusi tra le caratteristiche fisiologiche.
Categorie aggiuntive	Disturbo da gioco d'azzardo.	Uso Rischioso e Episodio di Uso dannoso.
Modello diagnostico	Modello neurobiologico, enfasi su cambiamenti cerebrali.	Approccio olistico, enfasi sui danni alla salute fisica e mentale.

Tabella 2.1. Comparazione del DSM-5-TR e dell'ICD-11 nella classificazione del DUS.

2.3 Patologia e psicopatologia dell'Addiction

Il DUS è un disturbo cronico che ha un andamento recidivante e un'eziologia multifattoriale. Il termine *Addiction*, anche se escluso dalla nosografia ufficiale, viene utilizzato per riferirsi alla condizione patologica più grave. Le manifestazioni cliniche che caratterizzano il DUS sono principalmente il disadattamento sociale, i sintomi fisici come la tolleranza e la dipendenza, il desiderio compulsivo di assunzione della sostanza, l'infruttuoso tentativo di controllarne l'uso e altri sintomi psicopatologici, che possono essere causati dal disturbo stesso o avere relazione con la presenza di un altro disturbo psichiatrico, ovvero nel caso di una doppia diagnosi. In questo disturbo esiste una elevata comorbidità con altre condizioni psichiatriche (Galimberti, 2022).

Inizialmente, il DUS era considerato a livello nosografico come un sintomo proprio dei Disturbi di personalità (DSM-I, 1952; DSM-II, 1968) ed è successivamente stato distinto in una diagnosi di malattia psichiatrica indipendente (Crespi et al., 2024). Nel

DSM-III (1980) e l'ICD-9 (1975) avviene la separazione tra i DP e il DUS, contemporaneamente con il riconoscimento di problematiche, connesse all'uso di sostanze, diverse dalla dipendenza; si noti a tal proposito la distinzione tra abuso e dipendenza. In queste versioni del manuale, si osserva un focus esclusivo sui sintomi fisici, quali tolleranza e astinenza ed è poi, con l'avvento del DSM-III-R e dell'ICD-10, che viene posta attenzione anche su sintomi psicologici e vengono introdotte sottocategorie del disturbo. L'ICD-10 si discosta dalla classificazione del DSM-III-R per la dicitura "Disturbo da Uso Dannoso", che nel DSM rimane "Abuso". Tale dicitura riflette l'idea che potessero esistere conseguenze gravi causate non solo dalla dipendenza o dall'abuso.

I DUS e l'*Addiction* sono un problema rilevante di salute pubblica a livello globale (Prom-Wormley et al., 2018; Collins et al., 2006, Heslin et al., 2015, Whiteford et al., 2015). L'impatto delle dipendenze da sostanze stupefacenti sulle società si riflette sulla salute, la mortalità, l'economia e la criminalità (Volkow & Blanco, 2023). Nello studio Volkow e Blanco (2023) sono riportati numerosi dati che riguardano l'impatto sociale del DUS. Tra tutti i fattori di rischio associati alla morte prematura, l'uso di tabacco e alcol si collocano rispettivamente al secondo e al settimo posto. Nel 2019, il numero di morti premature attribuite al fumo è stato stimato a 7,7 milioni, al consumo di alcol a 2,4 milioni e all'uso di altre droghe a 550.700. Queste tendenze negative sono aumentate in alcuni Paesi. Il dato più significativo è l'aumento dei decessi per overdose legati all'uso di droghe negli Stati Uniti, che ha subito un'impennata nell'ultimo decennio e un'ulteriore accelerazione durante la pandemia di COVID. Il consumo di sostanze contribuisce inoltre a causare e aggravare malattie acute e croniche, tra cui quelle infettive, polmonari, metaboliche, cardiovascolari, psichiatriche e oncologiche. Lo stigma, la discriminazione nei confronti delle persone affette da DUS, la criminalizzazione del consumo di sostanze e le risposte inadeguate da parte dei sistemi sanitari in tutti i Paesi, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC), aggravano ulteriormente le conseguenze negative di queste condizioni. La prevalenza dei DUS è elevata e varia a seconda dei Paesi e del tipo di sostanze utilizzate (più elevata per i disturbi da uso di tabacco e alcol), nonché in base alle caratteristiche demografiche e socioeconomiche delle popolazioni (Volkow, & Blanco, 2023). I tassi di DUS sono più alti per i maschi che per le femmine e più alti per i giovani, con tassi

che diminuiscono con l'invecchiamento sia degli uomini, sia delle donne. La stima della prevalenza dei DUS indica che è 2.3 su 1.5 più alta per gli uomini, rispetto alle donne. Nel *World Drug Report 2024* dell'*Office on Drugs and Crime* delle Nazioni Unite è stimato che 64 milioni di persone nel mondo soffrano di DUS e che solo una su 11 sia in trattamento. Altri dati provengono dal *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, che afferma che nel 2022, 48,7 milioni di persone di età pari o superiore ai 12 anni hanno avuto un disturbo da uso di sostanze stupefacenti nell'ultimo anno, di cui 29,5 milioni con un disturbo da uso di alcol e 27,2 milioni con un disturbo da uso di droghe. Tra le persone con una diagnosi di DUS nell'ultimo anno, il 16,5% ha avuto sia un disturbo da uso di alcol che un disturbo da uso di altre sostanze nell'ultimo anno.

A questo punto, è interessante ricordare che non tutti i consumatori di sostanze sviluppano un DUS o un consumo problematico; ciò porta a riflettere su quali siano i fattori che predispongono maggiormente alcuni individui rispetto ad altri. Alcune caratteristiche della personalità sono ritenute predittive di un comportamento di dipendenza, come la ricerca di sensazioni, l'impulsività, la disinibizione comportamentale e i temperamenti ciclotimici (Akiskal & Mallya 1987; Placidi et al., 1998; Sher et al., 2000; Maremmanni et al., 2003; Gerra et al., 2004; Akiskal et al., 2005; Akiskal et al., 2005).

Anche la predisposizione genetica ricopre un ruolo importante. La vulnerabilità genetica può essere specifica per tipo di sostanza, influenzando il metabolismo e il funzionamento dei recettori delle sostanze, o anche essere connessa a tratti temperamentali come la ricompensa, la resilienza allo stress, la reattività umorale, lo squilibrio nel controllo dell'impulsività (Young et al., 2000; Kendler et al., 2003). Secondo la review di Mozzoni (2008), la variabilità nella vulnerabilità alla dipendenza è spiegata per il 40-60% da componenti genetiche e per il restante da fattori ambientali.

Studi di associazione genetica sull'alcol evidenziano l'importanza dei geni legati (1) al metabolismo dell'alcol (ADH); (2) all'elaborazione degli intermediari dell'alcol (per esempio, ADH1B, ADH1C e ALDH2) (Cui et al., 2009, Macgregor et al, 2009) e (3) le vie di neurotrasmissione che si ritiene siano coinvolte nell'elaborazione dello stimolo-ricompensa nel cervello, comprese le vie dopaminergiche (ad esempio, DRD2, MAOA, COMT), serotoninergiche (HTR3A, HTR1B, HTR3B), GABAergiche (GABRA1, GABRA2, GAD1, KCNJ9/GIRK3) e glutammatergiche (GRIN2C). È stata studiata

anche l'interazione e la correlazione tra marker genetici e influenze ambientali. Alcuni studi sull'interazione tra geni e ambiente, indicano che le influenze genetiche del consumo di alcol in tarda adolescenza sono più elevate negli ambienti urbani, nelle comunità con maggiore migrazione e nelle comunità con proporzioni più elevate di adolescenti e giovani adulti (Prom-Wormley et al., 2017). È stata studiata anche l'influenza dell'esposizione a stress acuti; questi studi si concentrano sui geni i cui prodotti modulano il funzionamento dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), che aumenta la produzione di glucocorticoidi e cortisolo per mantenere l'omeostasi biologica in risposta allo stress (Enoch, 2012). Numerosi sono anche gli studi sui meccanismi epigenetici, che indagano come influenze non genetiche abbiano impatto sulla trascrizione del DNA o la successiva espressione genica. Queste influenze includono: (1) la metilazione di geni specifici (2) i cambiamenti nella produzione di microRNA (3) la modifica degli istoni attraverso l'acetilazione (Kenny, 2014, Zhou et al., 2014).

In conclusione, si può affermare che è la confluenza tra variabili interagenti, tra cui fattori relativi alle sostanze, fattori biologici e genetici, individuali e sociali, a determinare il passaggio tra la sperimentazione di sostanze allo sviluppo di un DUS.

2.4 Le basi psicosociali della tossicodipendenza

In questo paragrafo si vuole affrontare il tema dei fattori psicosociali implicati nelle problematiche di dipendenza. Il tema è stato inizialmente portato all'attenzione nel 1938, da una critica di Lindesmith riguardante il modello medico, il quale riteneva che fosse una teoria insufficiente a spiegare il perché alcuni individui sviluppino la dipendenza mentre altri no (Canali S., 2003). Egli proponeva che a differenziare i due gruppi sia la convinzione che i sintomi di astinenza possano allievarsì solo grazie all'assunzione della sostanza e che tale convinzione sia mediata dal contesto culturale (gruppo di appartenenza, personalità, cultura del soggetto e condizioni socio-economiche). Questa teoria possiede una visione innovativa che considera il ruolo del contesto psicosociale, ovvero le credenze individuali, il sistema normativo e quello simbolico. L'approccio psicosociale è stato poi ripreso e sviluppato negli anni '60, periodo in cui alcuni studiosi indagarono il condizionamento storico, culturale e sociale del rapporto con le sostanze psicoattive e dei loro effetti. Howard Becker (1967), per

esempio, ha affermato che l'esperienza soggettiva del consumo in ogni individuo ha molta più rilevanza, rispetto all'effetto fisiologico legato alla composizione chimica della sostanza, nel determinare l'instaurarsi di una dipendenza. Il consumo è, secondo questa visione, un fenomeno complesso che viene influenzato da innumerevoli fattori individuali, contestuali, sociali, non comprensibile solo attraverso i meccanismi neurochimici d'azione. Un altro importante contributo viene dalla prospettiva di Zinberg che mette in evidenza la mutua interazione del cosiddetto set (processi psicologici, personalità) e del setting (influenze sociali) nella regolazione degli effetti delle sostanze a livello individuale e nei fenomeni di abuso e dipendenza (Zinberg, Harding e Winkeller, 1977). Zinberg indicava come elemento centrale nel processo che determina la problematicità dell'uso o l'eventuale compulsione al consumo il setting, ovvero l'insieme di regole e sanzioni sociali, rituali e simboli sviluppati dalle culture di gruppo dei consumatori.

L'approccio psicosociale ha il merito di aver contribuito all'emergere dell'approccio causale multifattoriale per comprendere il fenomeno del consumo compulsivo e della dipendenza. Secondo questo approccio, le cause della dipendenza sono fattori interni predisponenti e fattori esterni precipitanti, di cui bisogna considerare l'azione nel tempo. A supporto dell'approccio psicosociale, numerosi studi epidemiologici concordano nell'indicare che contesti caratterizzati da elevati livelli di stress, carenza di supporto sociale, facile accessibilità a sostanze stupefacenti e limitate opportunità di crescita e realizzazione, aumentano significativamente il rischio di sviluppare un consumo problematico di droghe e dipendenza (Campbell et al., 2018; Calcaterra et al., 2014). Ulteriori fattori socio-ambientali possono incrementare il rischio di sviluppo di disturbi da uso di sostanze. Tra questi, si annoverano condizioni di sovraffollamento, eventi avversi quali disastri naturali o conflitti armati, nonché fattori socioeconomici quali basso reddito, urbanizzazione non pianificata e degrado ambientale. Studi sperimentali su modelli animali (primati) che emulano lo stress sociale attraverso sistemi gerarchici di dominanza e subordinazione hanno dimostrato che essere un maschio adulto di rango subordinato è associato a una riduzione dei recettori D2 striatali, correlata a comportamenti impulsivi e all'assunzione di sostanze (Morgan et al., 2016). Analogamente, negli esseri umani, la carenza di un adeguato supporto sociale è stata associata a alterazioni dei recettori D2 striatali, sottolineando l'importanza delle

interazioni sociali nella modulazione della vulnerabilità allo sviluppo di dipendenze (Wiers et al., 2016).

Alcuni fattori di rischio possono avere distinto peso a seconda delle fasi della vita. In particolare, il periodo dell'infanzia e dell'adolescenza è caratterizzato da profondi cambiamenti neurobiologici, in particolare è un periodo che interessa lo sviluppo della corteccia prefrontale. La maturazione incompleta di quest'area cerebrale, fondamentale per funzioni esecutive come l'autoregolazione, la pianificazione e il *decision making*, rende gli adolescenti particolarmente vulnerabili all'assunzione di comportamenti rischiosi, tra cui l'uso di sostanze (Kolb et al., 2012). Fattori di stress sociale durante l'infanzia possono ulteriormente ritardare lo sviluppo della corteccia prefrontale, incrementando la probabilità di un successivo consumo di droghe. Analogamente, l'esposizione precoce a sostanze psicoattive può interferire con i processi di maturazione cerebrale, con conseguenti alterazioni a lungo termine della funzione prefrontale. La disfunzione di quest'area è stata ripetutamente associata a un maggior rischio di sviluppare dipendenze (Volkow & Blanco, 2023). Anche in età adulta, condizioni socio-economiche sfavorevoli, quali disoccupazione, instabilità abitativa e discriminazioni, rappresentano fattori di rischio rilevanti per lo sviluppo e il mantenimento di disturbi da uso di sostanze (Galea & Vlahov, 2002).

2.5 Dipendenza e discontrollo degli impulsi: proposta nosologica

Il discontrollo degli impulsi è una problematica che è definita da un'incapacità nell'inibire gli impulsi, nonostante ciò provochi conseguenze negative. È una dimensione che indubbiamente è associata al tratto dell'impulsività. L'impulsività è descritta come una predisposizione ad un'azione rapida e non pianificata, attuata senza riflessione, e come la tendenza ad agire senza preoccuparsi delle conseguenze, come invece farebbe la maggior parte degli individui con uguali capacità e conoscenza (Dickman, 1993). È possibile vedere l'impulsività anche come una tendenza a scegliere una ricompensa immediata di scarsa entità piuttosto che una ricompensa più stabile e costante il cui raggiungimento è ritardato nel tempo. Sono state identificate quattro componenti dell'impulsività: l'urgenza, la mancanza di premeditazione, l'assenza di perseveranza e la ricerca della gratificazione (Whiteside et al., 2001). Numerose evidenze suggeriscono che l'impulsività sia ampiamente coinvolta nello sviluppo e nel

mantenimento di comportamenti di *Addiction* (Verdejo-Garcia et al. 2008), nonché dimensione psicopatologica centrale coinvolta nei Disturbi del Controllo degli impulsi (DCI) e tratto di personalità implicato nel DBP e altri disturbi di personalità. L'incapacità di inibire il comportamento impulsivo, a livello neuropsicologico sembra derivare da un'alterazione del controllo inibitorio, correlata a circuiti corticali e sottocorticali, incluso la corteccia prefrontale laterale (Aron et al. 2004). La manifestazione clinica che accomuna tra sé i DCI è la spinta irresistibile a compiere una determinata azione e l'accumulo di tensione crescente fino al compimento dell'azione stessa, con cui la tensione si risolve. Il compimento dell'azione procura piacere al soggetto, determinandone la natura egosintonica.

Le caratteristiche fondamentali dei Disturbi del Controllo degli Impulsi sono:

- l'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri;
- la sensazione di tensione crescente prima di commettere l'atto;
- il piacere, la gratificazione o il sollievo che il soggetto prova nel momento in cui compie l'atto stesso che risulta essere quindi egosintonico e consono alla volontà del soggetto;
- una volta compiuta l'azione può esservi o meno rimorso, dispiacere o senso di colpa.

Nonostante i comportamenti assunti nei DCI siano inizialmente motivati da una spinta alla gratificazione, è importante evidenziare che i processi motivazionali ed emotivi coinvolti in tali comportamenti possono modificarsi nel tempo (Brewer et al., 2008). Il comportamento o l'impulso a metterlo in atto possono, difatti, divenire egodistonici e finalizzati allo scopo di ridurre uno stato d'ansia o d'angoscia, assumendo le caratteristiche fenomenologiche di un'ossessione e di una compulsione. È interessante porre a confronto i DCI con i DUS per il fatto che entrambe le classi di disturbi sono accomunate dalla dimensione del discontrollo degli impulsi. Nella dipendenza tale discontrollo si esprime nella difficoltà a inibire l'impulso di ricercare e fruire della sostanza, come si evince dai criteri riguardanti il *craving* e l'impossibilità di controllare il comportamento di assunzione, anche in presenza di conseguenze negative. I due disturbi condividono quindi un ridotto *self control* e il *craving* e, in entrambi, è possibile che, in seguito alle azioni, si presenti il senso di colpa o il rimorso (Gualtieri et al.,

2012). Se si considerano queste similitudini appare sensato accostare i DCI al concetto di dipendenze comportamentali. Ad esempio, il Disturbo da Gioco D'azzardo che nel DSM-IV-TR era collocato tra i DCI è ora inserito tra i DUS. Inoltre, esistono molteplici somiglianze neurobiologiche e genetiche tra i DCI e le dipendenze da sostanze (Potenza, 2006).

2.6 La dimensione del *craving*

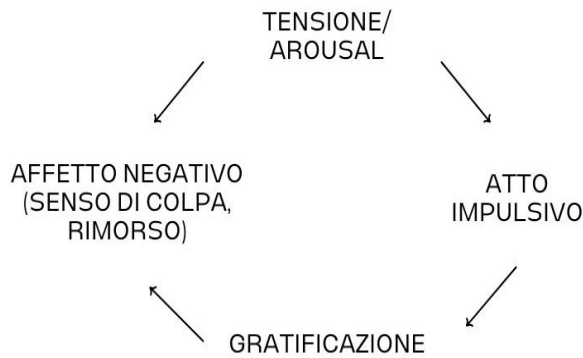
Il *craving* è definito come un forte desiderio o impulso a consumare, che può manifestarsi dopo periodi di astinenza o in situazioni inappropriate e può portare a comportamenti impulsivi e compulsivi, spingendo una persona a cercare e consumare, nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative. Questo criterio, che fino all'avvento del DSM-5 non era stato esplicitato bensì incluso nel desiderio persistente, è un fenomeno psicologico a sé stante, che può influenzare in modo significativo il comportamento e la motivazione di una persona. Il *craving* è il principale responsabile del comportamento recidivante ed ha infatti un ruolo cruciale nelle ricadute (Hyman, 2005; Kreek et al., 2004; Robbins and Everitt, 2002; Volkow et al., 2002). Il *craving* è caratterizzato dalla presenza di sintomi somatici neurovegetativi, di attivazione comportamentale volta alla ricerca delle sostanze e l'incapacità di inibire il comportamento, nonostante la presenza di ostacoli e di pericoli per l'integrità fisica e di conseguenze per la desiderabilità sociale (Drummond, 2001; Kreek et al., 2004; Maremmani et al., 1999; Sayette et al., 2000). Lo sviluppo del *craving* è correlato a un'attribuzione di salienza a uno stimolo che può essere di diversa natura, in presenza di una forte emotività. Infatti, la sensibilità potenziata verso gli stimoli condizionati, inclusi gli stati emotivi, innesca il *craving* latente. Lo stress, ad esempio, è un potente fattore scatenante della ricaduta, attraverso l'attivazione dei circuiti cerebrali coinvolti nell'elaborazione della ricompensa e nel *bias* attenzionale e mnemonico per i richiami al consumo di droga (Duncan et al, 2007). Si ipotizza che i graduali cambiamenti neuroadattivi dei circuiti della ricompensa e della memoria, causata dall'abuso cronico di droghe, siano alla base dell'instaurarsi delle risposte condizionate agli stimoli che attivano il *craving*. Sono state distinte due modalità in cui il *craving* si manifesta: una forma negativa e una positiva (Maremmani, 2014).

1. *Craving* negativo (*Relief craving*): Questo tipo di *craving* è motivato dalla necessità di evitare esperienze con valenza spiacevole (rinforzo negativo), tipicamente associate ai sintomi di astinenza. L'assunzione di una sostanza allevia temporaneamente la condizione avversa. La sostanza assunta, che ricopre un ruolo autoterapeutico, non deve necessariamente essere quella che causa i sintomi di astinenza, ma anche una sostanza con meccanismi d'azione simili.
2. *Craving* positivo (*Reward craving*): In questo caso, il *craving* si basa sulla spinta a cercare sostanze per l'esperienza gratificante che offrono (rinforzo positivo). Questo tipo di *craving* tende a essere rinforzato dall'assunzione della sostanza, manifestandosi poco tempo dopo l'ultima assunzione e portando a un aumento della frequenza di consumo. In questa situazione esiste una specificità rispetto alla scelta della sostanza.

Alcuni scienziati, alla luce della natura invadente e persistente del pensiero inerente al consumo, hanno avanzato la proposta che ipotizza una vicinanza patologica tra lo spettro ossessivo-compulsivo e i comportamenti legati alla tossicodipendenza, soprattutto in relazione al funzionamento del *craving* negativo. L'ipotesi è incentrata sulla possibilità che l'idea fissa relativa alla ricerca e l'assunzione della sostanza abbia una natura ossessiva e il consumo stesso una natura compulsiva (Weiss et al., 2001). I disturbi ossessivo-compulsivi sono caratterizzati da uno stato di ansia e stress che precedono il comportamento compulsivo e da un sollievo dallo stress nel momento dell'atto, come nel caso del *craving* negativo (Schema 2.2). I disturbi compulsivi, infatti, sono in gran parte associati a meccanismi di rinforzo negativo e automaticità. Considerando invece i meccanismi del *craving* positivo, il comportamento è più comprensibile in relazione alla sfera dei disturbi del discontrollo degli impulsi. Infatti, almeno nelle prime fasi dell'*Addiction*, il *craving* riguardante il pensiero della sostanza, pur causando difficoltà nella sfera sociale e nelle attività quotidiane, è egosintonico, diversamente dal pensiero ossessivo, che risulta intrusivo ed egodistonico. A partire dalla considerazione della dimensione egosintonica del desiderio della sostanza, è possibile fare quindi una comparazione con gli atti impulsivi. Gli atti impulsivi, infatti, al loro compimento provocano piacere e determinano l'estinzione della tensione e della spinta che li motiva, pur esistendo la possibilità che portino anche a sperimentare senso

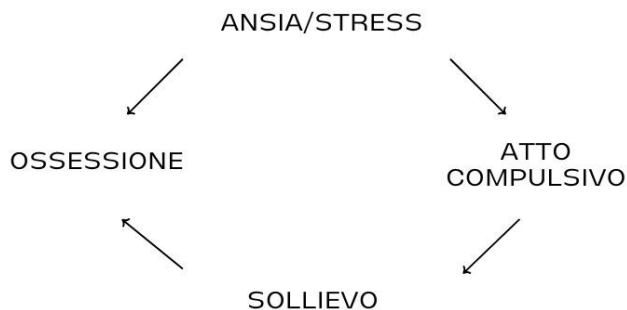
di colpa (Schema 2.1). I disturbi del controllo degli impulsi sono in gran parte associati a meccanismi di rinforzo positivo (APA, 1994).

Ciclo dell'impulsività



Schema 2.1. Ciclo dell'impulsività da Koob (2003).

Ciclo della compulsione



Schema 2.2. Ciclo della compulsione da Koob (2003).

2.7 Il circuito della ricompensa e il rinforzo cerebrale

I circuiti cerebrali della ricompensa e del rinforzo costituiscono la base neurobiologica dei comportamenti finalizzati e motivati, guidando l'organismo verso la ricerca di stimoli positivi e l'evitamento di quelli negativi (Volkow & Baler, 2015). La motivazione intrinseca all'ottenimento di ricompense e all'evitamento di punizioni rappresenta una strategia evolutivamente vantaggiosa per la sopravvivenza. I circuiti

della ricompensa e del rinforzo sono fortemente implicati nei comportamenti di consumo di sostanze e nello sviluppo di dipendenze. Allo stesso tempo, il consumo e la dipendenza causano delle alterazioni neurobiologiche in questi networks, che esitano in un neuroadattamento. Infatti, è stato dimostrato che nella tossicodipendenza il sistema della ricompensa cerebrale risulta alterato. Questo sistema, correlato al sistema di *arousal* emotivo, è localizzato prevalentemente nelle strutture limbiche del cervello. Il nucleo anatomico del sistema di ricompensa è costituito dai neuroni dopaminergici dell'area tegmentale ventrale che proiettano al nucleo accumbens, all'amigdala, alla corteccia prefrontale e ad altre strutture del proencefalo. Diverse di queste strutture possono essere specificamente coinvolte nella ricompensa prodotta da diverse sostanze, quando anticipano la ricompensa. Le attività gratificanti naturali e gli stimoli chimici gratificanti artificiali (come, ad esempio, le sostanze) agiscono nelle stesse sedi, ma mentre le attività naturali sono controllate da meccanismi di *feedback* che attivano i centri di avversione, nessuna restrizione di questo tipo vincola le risposte agli stimoli artificiali. Il desiderio indotto dalle sostanze per cui si sviluppa dipendenza inibisce altri comportamenti (Volkow & Blanco, 2023). Come detto in precedenza, l'adattamento di un organismo all'assunzione cronica di droghe comporta lo sviluppo di cambiamenti neuroadattivi, come la sensibilizzazione o la tolleranza. Si ritiene che il divario tra la sensibilizzazione che si sviluppa per il valore incentivante della droga e la tolleranza alla ricompensa indotta dal suo consumo sia alla base del circolo vizioso di eventi che portano all'*Addiction*. La dopamina è stata individuata come neurotrasmettitore chiave nella mediazione di svariati meccanismi relazionati con i circuiti di ricompensa e rinforzo, come i processi motivazionali, l'apprendimento associativo e il meccanismo di salienza attribuita agli stimoli incentivanti (Volkow et al., 2017). Il principale neurotrasmettitore coinvolto nella ricompensa è dunque la dopamina, ma sono implicate anche altre monoammine e l'acetilcolina. Le prospettive emergenti sullo sviluppo della dipendenza prevedono che una sostanza o un comportamento acquisiscano salienza attraverso il rinforzo positivo, con successive transizioni che portano a livelli di comportamento abituali/compulsivi (Everitt & Robbins, 2005). Il meccanismo di rinforzo condizionato, attraverso cui la sostanza assume la valenza di ricompensa e acquisisce salienza motivazionale, ha dunque un ruolo cruciale nelle prime fasi del

processo che porta allo sviluppo del DUS. Diverse strutture neuroanatomiche sono importanti nel processo di condizionamento:

- L'amigdala, che ha un ruolo nell'assegnazione del significato emotivo e nelle associazioni apprese tra stimoli rilevanti dal punto di vista motivazionale e stimoli altrimenti neutri (Kalivas, & Volkow, 2005);
- la corteccia orbitofrontale (OFC), che nei modelli animali è stata ritenuta in grado di codificare le aspettative di risultato e che, grazie alle sue forti connessioni anatomiche con l'amigdala basolaterale (BLA), può facilitare l'apprendimento associativo nell'amigdala;
- la corteccia cingolata anteriore (ACC) che è stata implicata nell'apprendimento discriminativo e nel controllo cognitivo (Parkinson, Cardinal, & Everitt, 2000).

Altre strutture importanti in questo processo sono l'ippocampo, che fornisce la memoria contestuale rilevante per gli stimoli motivazionali, e i nuclei ipotalamici e settali, che forniscono informazioni rilevanti per i comportamenti motivazionali primitivi (Chambers, Taylor, & Potenza, 2003).

Il rinforzo che porta all'emergere della dipendenza può agire in diversi modi. In generale, i casi di dipendenza hanno inizio attraverso l'abuso di sostanze per via dei loro effetti edonici, che fungono da rinforzi positivi per il reiteramento nell'utilizzo. In altri casi, la sperimentazione delle sostanze è legata agli effetti del rinforzo positivo sociale da parte del gruppo di appartenenza. Un altro caso di rinforzo è invece relazionato agli effetti terapeutici della sostanza. È ampiamente condiviso che a livello neurochimico, gli effetti di rinforzo delle droghe siano dovuti all'innescò di grandi aumenti di dopamina extracellulare nelle regioni limbiche, tra cui il nucleo accumbens. Infatti, studi di imaging cerebrale nell'uomo dimostrano che gli aumenti di dopamina indotti dalle droghe nello striato, includendo lo striato ventrale, dove si trova il nucleo accumbens, sono associati a descrittori soggettivi della ricompensa (ad esempio, piacere, sbalò, euforia; Volkow et al., 1996). Le diverse classi di sostanze aumentano la dopamina attraverso bersagli e meccanismi molecolari distinti, che risultano in differenze nella quantità e velocità nell'aumento della dopamina. La quantità e la velocità con cui aumenta il neurotrasmettitore sono fattori che influiscono sul potenziale additivo della sostanza (Volkow et al., 1995). A questo proposito, alcuni studi dimostrano che i cambiamenti rapidi della dopamina sono associati alla percezione

soggettiva della ricompensa, mentre gli aumenti lenti e stabili della dopamina non inducono queste risposte soggettive (Grace, 2000; Volkow & Swanson, 2003). Ad esempio, la droga stimolante metamfetamina innesca i maggiori aumenti di dopamina ed è associata al rischio più elevato di sviluppare dipendenza (DUS da moderata a grave) tra coloro che vi sono esposti (rischio del 50% entro due anni dall'esposizione) (Han et al., 2021). Il contributo della velocità con cui si verificano gli aumenti di dopamina nel cervello è influenzato anche dalla via di somministrazione. Le vie di somministrazione che diffondono più rapidamente la sostanza nel cervello e nel flusso sanguigno sono la via iniettiva e inalatoria (attraverso il fumo) (Volkow & Morales, 2015). Oltre all'azione della dopamina, ciascuna sostanza, in base alle proprietà farmacologiche uniche che possiede, coinvolge diversi neurotrasmettitori, che contribuiscono a loro volta agli effetti di ricompensa e rinforzo. Per quanto riguarda gli oppioidi e i cannabinoidi, vengono attivati i sistemi endogeni degli oppioidi e dei cannabinoidi, rispettivamente, che di per sé sono associati a effetti edonici (Mitchell et al., 2018). L'alcol aumenta la neurotrasmissione GABAergica, che è alla base dei suoi effetti ansiolitici, stimolando indirettamente anche la segnalazione degli oppioidi e dei cannabinoidi endogeni (Cruz et al., 2008).

2.8 Basi neurobiologiche

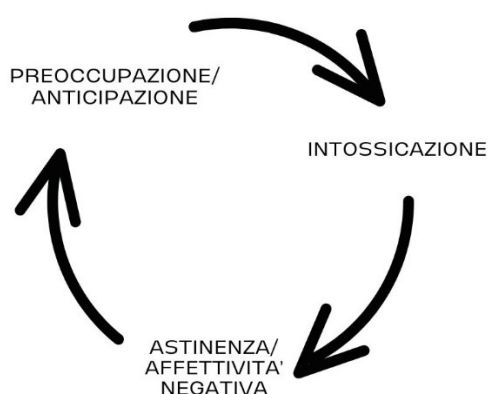
Nei paragrafi precedenti, sono stati introdotti diversi aspetti dello studio sul Disturbo da Uso di Sostanze, incluse le basi psicosociali e genetiche dell'*Addiction*. In questa sezione, diventa fondamentale esplorare il ruolo del cervello e delle sue funzioni. La psicologia mira a comprendere l'esperienza soggettiva umana, che è strettamente connessa alla percezione e interpretazione del mondo circostante. Poiché questa esperienza si costruisce attraverso il funzionamento delle funzioni cerebrali e dei sensi, è essenziale considerare i processi neurobiologici sottostanti.

Un esempio di tale impatto riguarda il sistema dopaminergico della ricompensa, che è fondamentale per la sopravvivenza, poiché coinvolge comportamenti di base come alimentazione, attività sessuale e aggressività. La privazione di cibo, ad esempio, provoca un calo del livello di glucosio nel sangue e induce una sensazione di fame, che stimola l'animale a cercare il cibo. In questa condizione, mangiare attiva il sistema di ricompensa, conferendo un valore positivo e piacevole all'azione. Quando l'assunzione

di cibo è sufficiente, intervengono meccanismi cerebrali di feedback che limitano l'attivazione del sistema di ricompensa. Analogamente, lo stimolo sessuale attiva il sistema di ricompensa solo fino a una certa soglia, evidenziando un meccanismo regolatore naturale. Tuttavia, questo sistema può andare incontro a disfunzioni, come nel caso dell'*Addiction*, in cui una sovrastimolazione artificiale – derivante dall'uso di sostanze o anche dalla semplice anticipazione – provoca un malfunzionamento (Vetulani, 2001). L'abuso cronico di sostanze porta a sintomi di astinenza causati dalla riduzione dell'eccitabilità del sistema di ricompensa, con un aumento della soglia di stimolazione cerebrale. Questo fenomeno può portare a disturbi motivazionali, come l'anedonia, che a sua volta favorisce il mantenimento del disturbo e le ricadute nel consumo.

Inizialmente, infatti, il consumo di sostanze è associato a un rinforzo positivo, ma col tempo insorgono fenomeni di tolleranza e abitudine, legati alla diminuzione dell'eccitabilità del sistema di ricompensa. Di conseguenza, il comportamento di consumo diventa una forma di rinforzo negativo, volto ad alleviare stati di ansia e stress. Il passaggio è illustrato nei modelli del ciclo dell'impulsività e della compulsione (Schema 2.1.; 2.2.). Di seguito uno schema esemplificativo del ciclo dell'*Addiction* (Schema 2.3.).

Ciclo dell'*Addiction*



Schema 2.3. Ciclo dell'*Addiction*, tratto da Koob, Le Moal (1997)

Un altro sistema cerebrale strettamente connesso con il sistema di ricompensa e colpito dall'*Addiction* è il sistema dell'*arousal*. Questo sistema adatta l'organismo all'ambiente per garantirne la sopravvivenza, fornendo risposte emotive per individuare obiettivi

legati alla sopravvivenza. A livello neurobiologico, il sistema dell'*arousal* coinvolge l'ipotalamo, il sistema limbico, la corteccia prefrontale e l'amigdala, strutture tutte fondamentali per l'elaborazione degli stimoli emotivi. Questo sistema gioca un ruolo chiave nel *craving* (Arciero e Bondolfi, 2009). Uno stato di *arousal* persistente impedisce l'inibizione del comportamento volto all'assunzione di sostanze. Nello stato di anticipazione, infatti, l'attenzione degli individui si focalizza sull'eccitazione, riducendo l'autoconsapevolezza e oscurando il contesto. L'insula, struttura importante nei processi di consapevolezza di sé, ha un ruolo nel *craving* contribuendo alla percezione dei *cues* endogeni che lo avviano.

La patologia dell'*Addiction* colpisce la dimensione del funzionamento emotivo dell'individuo, che è intrinsecamente correlata anche alla sfera cognitiva. Difatti, molte funzioni cognitive, in particolare quelle esecutive, risultano alterate nel DUS. Sono stati riscontrati, in individui affetti dal DUS, deficit nella pianificazione, nel controllo inibitorio e nel *decision making*. Questi deficit hanno ripercussioni sulla vita dell'individuo, che risulta non essere più in grado di pianificare attività, prendere importanti decisioni e di controllare il proprio comportamento.

In conclusione, alla luce di queste osservazioni, si può affermare che i cambiamenti neurobiologici indotti dall'utilizzo cronico di sostanze portano a una modificazione profonda della personalità dell'individuo.

È da tenere in considerazione che, nello stesso modo in cui i meccanismi neuroplastici agiscono nell'instaurazione dell'*Addiction*, essi possono essere cruciali nel recupero e riabilitazione dei pazienti.

CAPITOLO 3

La doppia diagnosi: tra tossicodipendenza e psicopatologia

La doppia diagnosi indica la compresenza di un grave disturbo mentale e di un disturbo da uso di sostanze. L'alta comorbidità, infatti, che si palesa tra DUS e altri disturbi psichiatrici ha portato a coniare questo termine intorno al 1980.

3.1 Il fenomeno delle tossicodipendenze: storia di una ridefinizione identitaria

Nei primi anni del '900, è cresciuto l'interesse sociale per il fenomeno del consumo di sostanze, alimentato dalle problematiche sociali che ne derivavano. In particolare, il fenomeno ha portato i legislatori degli Stati Uniti e degli stati Europei a cominciare a riconoscere i danni che il consumo provoca non solo all'individuo, ma all'intera società. In questo contesto storico, sono nate le prime legislazioni internazionali volte a introdurre restrizioni sull'esportazione, come nel caso della *Convenzione internazionale sull'oppio*, firmata all'Aia il 23 gennaio 1912. In parallelo, gli Stati Uniti hanno adottato un approccio decisamente più proibizionista, che limitava anche il consumo e il possesso di droghe (Barbi, 2022).

In Italia, la legislazione (legge del 1954, n. 1041) rispecchiava la visione allora prevalente, che vedeva il consumo di sostanze come un problema di devianza sociale.

La norma prevedeva punizioni severe sia per i consumatori, sia per gli spacciatori. L'equiparazione delle due figure è stata criticata, dato che l'obbiettivo della legge era quello di contenere il commercio di sostanze illegali.

Nella legge era trascurata, inoltre, la dimensione preventiva. Nell'articolo 21 era presente l'indicazione di un possibile ricovero e cura in strutture, ma tale procedura, se applicata, era riservata a soggetti tossicodipendenti divenuti pericolosi per sé e per gli altri. Alla luce di queste critiche, nel 1975, il quadro legislativo italiano ha subito modificazioni.

La legge del 1975 è caratterizzata per l'introduzione del concetto di *modica quantità*, che differenzia di fatto le pene rivolte all'utilizzatore, dedito a uso personale, e allo spacciatore. Da queste norme di depenalizzazione emerge l'intenzione di limitare la presenza di tossicodipendenti in carcere, sia nell'ottica di evitare il sovraffollamento, sia per la possibilità di peggioramento delle condizioni psicofisiche dei soggetti nell'ambiente detentivo. È inclusa anche la tematica di cura e riabilitazione degli stati di

tossicodipendenza, espresso nell'articolo 84, ma con un'esplicita separazione dalla pratica psichiatrica. In suddetto articolo viene conferito “*il diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione a chiunque si trovi in stato di custodia preventiva o di espiazione di pena*” e sia ritenuto “*abitualmente dedito all'uso non terapeutico di sostanze psicotrope*” (Legge del 1975, n. 685).

Dato il numero contenuto di detenuti tossicodipendenti dell'epoca, i legislatori ritenevano sufficiente garantire un trattamento tra le mura carcerarie, senza prevedere misure alternative di custodia cautelare e di espiazione della pena. La sottostima della problematica era dovuta alla mancanza di organi preposti a monitorare la prevalenza della tossicodipendenza, come di altri disturbi psichiatrici presenti negli individui dipendenti da sostanze. Con l'avvento degli anni '80, l'uso crescente e diffuso di droghe illegali, unito alla carenza di informazioni adeguate, ha portato a un incremento dei decessi per overdose e alla diffusione di malattie come epatiti e AIDS (Rosenberg et al., 2001). Nel 1984, il Comitato Nazionale di Coordinamento per l'Azione Antidroga viene istituito, presso il Ministero dell'Interno, un Osservatorio Permanente del fenomeno droga con lo scopo di raccogliere, elaborare e diffondere i dati relativi alle sostanze ed alle tossicodipendenze. Sempre durante gli anni '80 è cresciuta anche l'attenzione verso il rischio di suicidio e autolesionismo in carcere. L'interesse era dovuto all'aumento osservato di questi fenomeni, legato al sovraffollamento carcerario, che rendeva difficile garantire interventi tempestivi ed efficaci. Viene introdotta una procedura di screening all'ingresso dei nuovi detenuti, mirata alla prevenzione di situazioni a rischio. Le categorie vulnerabili, identificate per la prima volta nel 1986, includono i pazienti psichiatrici, i tossicodipendenti, i giovani e i detenuti alla prima esperienza detentiva (Baccaro e Morelli, 1986).

Nel 1990 è stata promulgata una nuova legge dove è stata inserita la differenza tra droghe leggere e pesanti, sostituito il concetto di modica quantità con quello di “dose media giornaliera” e istituiti i Ser.D. (servizi pubblici per le dipendenze patologiche). L'idea che l'attività dei Ser.D. dovesse essere isolata da quella delle strutture psichiatriche era ancora forte. La legge era impostata anche come più repressiva rispetto alla precedente, prevedendo sanzioni amministrative e obbligo di trattamento terapeutico per i consumatori. È nello stesso periodo che viene promulgato il “*Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*,”

prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” (D.P.R. 309/1990).

Nell’anno 2000 viene emanata una legge che promuoveva l’integrazione tra gli ambiti sociale e sanitario all’interno dei servizi per le tossicodipendenze, mentre nel 2006 viene modificato il T.U. del 1990, eliminando la differenziazione in base alla distinzione tra droghe leggere e pesanti. A seguito di tale operazione, si è verificato un inasprimento delle pene, con un conseguenziale un aumento del sovraffollamento carcerario. Sempre nel 2000, in merito alla gestione delle situazioni a rischio in carcere, vengono considerate come fattori di rischio non solo le vulnerabilità individuali dei detenuti, ma anche le variabili esogene, ossia l’ambiente carcerario. Viene in tal senso riconosciuto che per contrastare il fenomeno del suicidio e dell’autolesionismo era necessario il coinvolgimento di tutti gli operatori penitenziari, non solo degli specialisti (Buffa, 2012).

Negli anni seguenti, attraverso la Legge 79/2014, sono state ridotte lievemente le pene, con un ritorno alla distinzione tra droghe leggere e pesanti.

Successivamente, il decreto del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 ha introdotto la Riduzione del Danno e la Limitazione del Rischio tra i Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.). Questa introduzione riconosce il diritto delle persone che usano sostanze di ricevere servizi sociosanitari adeguati alle loro esigenze reali, con lo scopo di superare l’approccio morale. Tale novità, che è stata promossa in concomitanza da operatori e organizzazioni del terzo settore, ha rappresentato un passo verso l’istituzione di un trattamento più efficace e integrato delle problematiche di consumo.

Analizzando brevemente l’evoluzione delle leggi italiane in merito alle sostanze, si può notare un passaggio da una visione criminalizzata dell’utilizzatore a una visione, pur repressiva, che riconosce l’importanza della prevenzione e cura della tossicodipendenza. Nonostante le modifiche legislative, i servizi di cura per le tossicodipendenze offrivano trattamenti incompleti, probabilmente a causa dello scarso approfondimento degli aspetti psicopatologici legati all’uso e all’abuso di sostanze. Il trattamento, inizialmente impostato in un’ottica medica e di reinserimento sociale, rifletteva una separazione dall’ambito della salute mentale e un mancato riconoscimento della co-occorrenza di altri disturbi psichiatrici nelle persone con tossicodipendenza. I servizi per le tossicodipendenze e i ricoveri ospedalieri erano di fatto ben distinti dalle

strutture psichiatriche, offrendo un servizio solo parziale. Solo recentemente, in Italia, è apparsa una nuova visione sul fenomeno della tossicodipendenza come problema di salute mentale, accompagnata da una clinica delle dipendenze patologiche di impostazione biopsicosociale.

Per una corretta programmazione di interventi terapeutici, emerge che è fondamentale la focalizzazione sulla questione psicopatologica e nosografica dei casi di tossicodipendenza. Occorre difatti ovviare alle problematiche di inquadramento diagnostico, causate da una comune associazione tra DUS e altri disturbi psichiatrici, per pianificare un trattamento adeguato.

La presenza di comorbidità complica non solo il quadro clinico, ma incide anche negativamente sulla prognosi e sulla *compliance* del paziente.

La comorbidità e relazione tra disturbi psichiatrici e DUS è interpretata in diversi modi. Alcuni studi epidemiologici sono a favore del fatto che l'uso di sostanze sia un facilitante per l'*onset* dei disturbi psichiatrici. Altri studi invece hanno osservato un ricorso all'uso di sostanze come forma di *self-medication*, dopo l'insorgenza della sintomatologia psichiatrica (Iannitelli et al., 2002). Questo secondo punto di vista fa riferimento alla teoria dell'automedicazione, che afferma che l'uso di sostanze psicoattive ha un ruolo di strategia compensatoria, adottata dall'individuo per alleviare sintomi associati a disturbi psichiatrici sottostanti o a condizioni di disagio psicologico cronico.

3.2 Psicopatologia e nosografia della doppia diagnosi

Lo studio sulla relazione tra disturbi psichiatrici e disturbo da uso di sostanze ha portato all'evoluzione e allo sviluppo del termine "Doppia diagnosi".

Il termine è utilizzato per indicare la compresenza di uno o più disturbi psichiatrici e il Disturbo da Uso di Sostanze (De Leon, 1989). La concettualizzazione nosografica della doppia diagnosi prevede che i due disturbi compresenti non siano considerati separatamente, ma uniti, in modo da formare un complesso sindromico. La sindrome è connessa strettamente alle caratteristiche psicopatologiche delle due diagnosi, in termini di struttura e di percorso, ma ha specificità tali da necessitare di autonomia nosografica (Di Sciascio & Nardini, 2005). Tale concezione nasce alla luce del fatto che la separazione formale tra disturbi psichiatrici e DUS favoriva trattamenti insufficienti,

mirati o agli aspetti psicopatologici o agli aspetti legati alla dipendenza. Il riconoscimento dell'interconnessione tra le due dimensioni ha contribuito allo sviluppo di un approccio integrato.

I pazienti con doppia diagnosi, infatti, necessitano di programmi speciali che integrino e coordinino elementi del processo di trattamento della malattia psichiatrica e della tossicodipendenza (Fioritti e Solomon, 2002).

3.2.1 Comorbidità o doppio disturbo?

Il concetto di doppia diagnosi si riferisce a una specifica tipologia di comorbidità, ovvero comorbidità tra il DUS e un altro o più disturbi psichiatrici. Alcuni autori, come ad esempio Galimberti (2022), preferiscono utilizzare il termine comorbidità, affermando che il termine “doppia diagnosi” suggerisce un quadro clinico composto da due elementi patologici distinti, e che questo possa provocare errori nell'approccio clinico, improntato non alla comprensione della relazione tra i disturbi, ma alla sommatoria di problematiche indipendenti. Da questa riflessione si evince come sia fondamentale comprendere che, per una corretta comprensione psicopatologica della doppia diagnosi, bisogna approfondire l'interconnessione complessa tra i disturbi e non considerarli come entità separate. Un possibile approccio è l'individuazione, all'interno della comorbidità, del disturbo primario e il disturbo secondario.

Il concetto di primario va inteso in modo estensivo, potendo significare precedente, causale o prevalente (Fioritti & Solomon, 2002). A tal fine, è auspicabile l'osservazione del paziente sia in stato di intossicazione, sia in stato di astinenza e il possesso di strumenti diagnostici adeguati. Secondo questa concettualizzazione, possono esistere diversi quadri di doppia diagnosi:

1. Pazienti con disturbo psichiatrico primario e DUS secondario
2. Pazienti con DUS primario e disturbo psichiatrico secondario
3. Pazienti con DUS e disturbo psichiatrico primario

Nel primo caso, l'*Addiction* si sviluppa come conseguenza del disturbo primario. I pazienti utilizzerebbero le sostanze come automedicazione, ovvero per lenire i problemi connessi al disturbo primario. Nello sviluppo di Khantzian della teoria dell'automedicazione (1997), la dipendenza emerge in un contesto di vulnerabilità nell'autoregolazione emotiva, nell'autostima, nelle relazioni e nella cura di sé. Le

sostanze d'abuso offrono sollievo dalla sintomatologia dolorosa per il paziente. La scelta della sostanza dipende dall'interazione tra le proprietà psicofarmacologiche della droga e gli stati emotivi primari, trasformando la droga in un "farmaco" per i meccanismi difensivi carenti dell'individuo. Secondo questa ipotesi esplicativa, la presenza di un disturbo psichiatrico primario rappresenterebbe un fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza. I criteri per determinare un quadro di questo tipo sono:

- i criteri temporali: il disturbo psichiatrico è preesistente rispetto all'uso di sostanze e persiste dopo la fine dell'astinenza acuta o dell'intossicazione grave
- il criterio causale: relazione tra personalità e temperamento del soggetto e uso della sostanza
- il criterio sintomatologico: coerenza tra le caratteristiche farmacologiche delle sostanze e la sintomatologia del quadro clinico.

All'interno del secondo quadro, in cui il DUS avrebbe primarietà, si inseriscono, invece, i disturbi indotti da sostanze, episodi acuti riferibili ad intossicazione e astinenza oppure quadri clinici conseguenti ad un uso cronico della sostanza. Nel primo caso, il quadro tende a risolversi spontaneamente con la scomparsa della sostanza dall'organismo, mentre nel secondo sono più probabili danni permanenti. Per questa categoria valgono gli stessi criteri del primo.

Il terzo quadro è il più raro in clinica e delinea i casi in cui i due disturbi sono indipendenti. Studi come quello di Verheul e colleghi (2001) sembra, ad esempio, evidenziare un'indipendenza tra disturbi di personalità e DUS, suggerita dal fatto che la remissione del DUS non è associata a un'analogia remissione del DP.

È stato proposto anche un approccio diagnostico dimensionale della doppia diagnosi basato su due assi: l'asse orizzontale rappresenta la gravità del disturbo psichiatrico e l'asse verticale la gravità del DUS. Nel quadrante in alto a destra sarebbero collocati i pazienti con gravi sintomi psicopatologici e DUS grave, mentre nel quadrante in basso a destra sarebbero posti i pazienti con uso sporadico e sintomi psicopatologici lievi (Fantuzzi & Mezzina, 2020).

Inizialmente, la prevalenza reale della doppia diagnosi non era attendibile, in quanto i primi studi epidemiologici sulla doppia diagnosi non godono di alta validità statistica, per via dell'imprecisione diagnostica, legata al contesto in cui era valutato il paziente (Mensi, 2003).

Uno studio stima che il tasso di prevalenza, nell'arco di vita, dell'abuso di sostanze tra pazienti con schizofrenia è circa del 50% (Mueser et al., 1995) e le stime di abuso recente o attuale di sostanze variano dal 20 al 65% (Drake et al., 1989).

Uno studio retrospettivo su 232 soggetti, pubblicato nel 2000, riporta dati sull'esordio schizofrenico relazionato con l'uso di droghe. Nel 37,9% dei soggetti l'insorgenza del disturbo psicotico precedeva l'uso di sostanze, nel 27% dei casi l'uso della sostanza precedeva l'esordio schizofrenico, nel 35% dei casi, l'uso di sostanze e l'*onset* psicotico nello stesso mese (Hambrecht et al., 2000). A proposito del caso in cui lo sviluppo della schizofrenia è indotto da sostanze, la cannabis è l'unica sostanza che attualmente mostra una forte associazione tra l'abuso di sostanze (in particolare, l'uso precoce e severo) e l'esordio psicotico. In uno studio prospettico sul consumo di cannabis tra gli adolescenti, difatti, gli esordi psicotici sono rimasti significativi rispetto ai casi che prendevano in considerazione le altre droghe (Henquet et al., 2005).

Un altro studio sulla prevalenza della doppia diagnosi ha evidenziato che, tra le persone in cerca di trattamento con disturbo da uso di alcol, oltre il 40% aveva un disturbo dell'umore in comorbidità, mentre il 33% un disturbo d'ansia; tra le persone in cerca di trattamento con disturbi legati alle sostanze, oltre il 60% aveva un disturbo dell'umore in comorbidità e oltre il 42% un disturbo d'ansia (Grant et al., 2004).

Uno studio del 2017 realizzato da Mc Cabe e colleghi, viene mostrato che il 25,9 % dei soggetti che sono stati dipendenti da sostanze "*life-time*" presentavano un DP. Nei casi di DUS nell'ultimo anno (dal momento di raccolta dei dati), era presente il 21,2 % di prevalenza di DP. Infine, è stato riscontrato che avere diagnosi di uno o più DP aumenti il rischio (fino a nove volte in più) di avere problematiche di uso di sostanze. I dati, dunque, confermano che gli individui con un DP sono una categoria a rischio per lo sviluppo di un DUS.

L'alta comorbidità tra i due disturbi può essere spiegata da diversi fattori. I DP e i DUS condividono alcuni fattori eziologici, tra cui genetici, temperamentali, ambientali e sociali. A tal proposito, Cloninger et al. (1993) hanno ipotizzato che i fattori temperamentali legati alla genetica, caratterizzanti alcuni DP (alta *novelty seeking*, bassa *harm avoidance*, bassa *reward dependence*), fossero simili a quelli della dipendenza alcolica del secondo tipo.

Secondo la classificazione di Cloninger et al. (1988), infatti, l'alcolista di tipo II presenta un temperamento caratterizzato da basso grado di evitamento del pericolo e da alta ricerca di sensazioni nuove e, inoltre, trova nel consumo di alcol un rinforzo positivo. Mostra, in aggiunta, una maggior disregolazione emotiva e tratti di personalità antisociale che potrebbero esporre il soggetto a conseguenze psico-sociali e problemi giudiziari. A tal proposito, molti studi evidenziano la presenza di abuso di alcol e di sostanze in soggetti con Disturbo Antisociale di personalità (DAP).

Altre associazioni sono quelle osservate tra i tratti di personalità impulsività, disinibizione e l'assunzione di sostanze in età precoce (Costello et al., 1999).

3.3 *Addiction* e disturbo borderline di personalità

Zanarini et al. (1998) hanno riportato che tra il 23 e l'84% di pazienti con DBP durante la vita soddisfa i criteri per il Disturbo da uso di alcol e tra il 19 e l'87% per il DUS correlato con altre sostanze. Questi risultati sono in linea con quelli pubblicati da Walter et al. (2009) che stimano una prevalenza di comorbidità sopra il 50%, in un campione psichiatrico di soggetti DBP e di circa 35% in pazienti non DBP. L'associazione tra i due disturbi, in un campione di pazienti donne, rispetto alla presenza del solo DBP, ha mostrato una peggiore evoluzione e prognosi del quadro clinico, in relazione a un abuso di sostanze più severo, numero più alto di comportamenti autodistruttivi e di tentativi di suicidio (Feske et al., 2006). In un ulteriore studio è indicato anche che, nei soggetti con diagnosi DBP, la presenza del DUS rende più stabile la diagnosi, in particolare dopo 7 anni, fatto non evidenziato in casi DBP senza DUS (Links et al., 1995). Questi dati mettono in luce l'importanza di avere particolare attenzione per questi pazienti, soprattutto in vista delle complicazioni cliniche che implicano.

L'alta co-occorrenza tra questi due disturbi, non spiegabile da errori casuali o di misurazione e dalla sovrapposizione tra criteri diagnostici, ha portato gli studiosi a sviluppare alcuni modelli eziologici esplicativi.

Un'ipotesi propone una comunanza di fattori di rischio e vulnerabilità. Entrambi, infatti, mostrano una forte familiarità e frequenti casi di maltrattamento nella storia di vita (Brown & Anderson, 1991; Sabo, 1997). Inoltre, i due disturbi sono accomunati da aspetti di impulsività e la necessità di sperimentare forte emotività negativa (Sher & Trull, 2002; Skodol, Siever et al., 2002; Trull et al., 2000).

Siever e Davis (1991) sostengono che il DBP e il DUS siano parte di un unico disturbo sottostante, correlato a una mancanza di controllo degli impulsi, biologicamente determinata. A sostegno di questa ipotesi, uno studio che ha suddiviso i pazienti DBP in tre sottogruppi (disregolazione della condotta, disregolazione affettiva e alterazione relazionale), ha evidenziato che il sottogruppo Disregolazione della condotta mostrava una prevalenza significativamente maggiore di DUS (per alcol e cocaina) rispetto agli altri sottogruppi e un maggior numero di tentativi di suicidio e ingressi in unità psichiatriche, anche se questi ultimi dati non sono risultati statisticamente significativi (Calvo et al., 2016).

Un'altra ipotesi sulla comorbidità dei due disturbi è che il soggetto borderline utilizzi la sostanza per alleviare i sintomi che gli creano disagio (teoria dell'automedicazione). In questo caso, i problemi relativi al DUS si aggiungerebbe alle disfunzionalità del DBP.

Secondo una terza interpretazione, il DUS genererebbe cambiamenti neurochimici che influenzano la comparsa di tratti di personalità patologiche. Ad esempio, l'abuso di sostanze agisce deprimendo i circuiti serotoninergici (Ballenger et al. 1979). La serotonina è spesso associata, negli studi neurobiologici, al discontrollo degli impulsi, caratteristica che può favorire comportamenti impulsivi, anche autolesivi. Inoltre, la ricerca delle sostanze favorisce l'attuazione di comportamenti illeciti, indebolendo le capacità di rispetto delle regole sociali e aggravando il funzionamento del paziente, come nel DAP.

3.4 Criminalità e abuso di sostanze

È stato mostrato, come a livello internazionale, la doppia diagnosi rappresenti un rilevante problema di salute pubblica, con un impatto negativo sui costi delle cure, sulla morbilità e sulla mortalità (Carrà et al., 2015). Infatti, è stato già espresso come tale condizione complichino gli esiti del trattamento e la prognosi generale, aumenti il tasso di ricovero e aumenti il rischio di tentativi di suicidio (Antai-Otong et al., 2016). Inoltre, è un fattore di rischio per l'*overdose*, per la contrazione del virus HIV e dell'epatite, per i comportamenti aggressivi e violenti e per problemi di integrazione sociale, come l'incarcerazione, la disoccupazione e l'*homelessness* (Carrà et al., 2015; Harrison, Curtis, et al., 2017). In merito alla tematica della detenzione, una stima della Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) indica come circa

800,000 persone con disturbi psichiatrici fanno ingresso in galera ogni anno e che il 70% di questi soggetti ha in comorbidità un DUS (Teplin, 1994). Il riconoscimento del problema ha portato ad alcune strategie di contenimento del fenomeno. Per ridurre i tassi di incarcerazione di persone con disturbi psichiatrici che commettono reati di bassa gravità e per affrontare la problematica del sovraffollamento carcerario, sono state introdotte misure alternative al carcere, al fine di indirizzarle al sistema di salute mentale piuttosto che alla giustizia penale (Steadman et al, 1995).

Tra gli studi sul tema della relazione tra criminalità e sostanze d'abuso, Sinha e Easton (1999) hanno raccolto diverse statistiche, suddivise per tipologia di sostanza. È stato individuato come, prima della detenzione, i detenuti bevevano alcol quotidianamente tre volte più frequentemente della popolazione generale (U.S Department of Justice, 1988). L'alcolismo è identificato, infatti, come uno dei problemi più importanti ad essere associato con il comportamento criminale (Guze et al., 1968). Per quanto riguarda la cocaina, le accuse legate al crack si sono mostrate in aumento e la maggiore severità nelle sentenze si è verificata per le accuse legate alla cocaina (Egan, 1999). L'abuso di cocaina, inoltre, è stato associato a un maggior rischio di paranoia, aggressività e comportamenti violenti (Davis, 1996). È stato osservato che, tra i giovani indirizzati al tribunale dei minori, quelli che risultavano positivi ai cannabinoidi commettevano il doppio dei reati rispetto a quelli che risultavano negativi (Dembo et al., 1987). Infine, l'abuso di eroina è stato più comunemente associato ad arresti per droga e reati contro la proprietà e meno associato a crimini violenti e gravi (Ball et al., 1983).

Le due autrici, Sinha e Easton, per comprendere il legame tra abuso di sostanze e criminalità, hanno posto l'attenzione sul considerare gli effetti farmacologici specifici e gli effetti delle sostanze su persone con malattie mentali. In primo luogo, è noto come gli effetti farmacologici specifici dell'alcol e delle droghe influenzano il comportamento, la cognizione e la capacità di giudizio di coloro che abusano di sostanze e di coloro che non sono dipendenti, ma predisposti al crimine; è documentato che i comportamenti illegali si verificano più frequentemente durante la fase di intossicazione acuta. Anche i cambiamenti neurochimici associati all'astinenza hanno impatto sul comportamento e sul funzionamento. Per quanto riguarda gli effetti specifici delle sostanze, l'alcol è associato a un aumento dell'aggressività, sia nei soggetti non alcolisti, sia in quelli alcolisti. Gli stimolanti come la cocaina e le anfetamine possono

causare agitazione, rabbia, mentre la marijuana e la fenciclidina sono note per le loro distorsioni percettive. In secondo luogo, è necessario considerare come i disturbi mentali, associati al consumo di sostanze, aumentino significativamente il rischio e la severità degli atti illegali e criminali.

In uno studio di Fabrizio Leonardi (2009), che è stato il direttore dell'osservatorio sulle misure alternative al carcere, la relazione tra il fenomeno criminale e della tossicodipendenza viene spiegato attraverso tre visioni. La prima ipotesi sostiene che la dipendenza aumenti la delinquenza e che dunque le persone socialmente disagiate con necessità economiche si impegnino in attività criminali per finanziare l'acquisto di stupefacenti. Nella seconda ipotesi, si afferma che persone che hanno comportamenti delinquenti siano portate al consumo e alla dipendenza, mentre la terza ipotesi avvalorata la tesi secondo la quale i due fenomeni sarebbero entrambi frutto di fattori sociali, psicologici e sociodemografici, correlati con uno stile di vita deviante. La devianza, nella sociologia, è descritta come un *“comportamento che viola le norme e aspettative sociali e che di conseguenza è oggetto di valutazione negativa da parte di un grande numero di persone”* (Robertson, 1992).

Ponendo l'attenzione sulla popolazione adolescenziale, esistono stime che indicano come tra il 64% e l'88% di adolescenti con diagnosi di DUS hanno uno o più disturbi mentali (Brewer et al., 2017). Inoltre, l'esordio precoce del DUS, assieme al coinvolgimento nei comportamenti criminali, è connesso alla gravità dell'abuso e alle conseguenze che ne derivano (Gordon et al., 2004).

A tal proposito, sono diversi gli studi che hanno rilevato che un esordio precoce nell'uso di sostanze è associato a una prevalenza maggiore nell'adolescenza e nell'età adulta di dipendenza da alcol e sostanze. L'esordio precoce dell'uso di sostanze è stato associato anche a un aumento della delinquenza e della successiva criminalità, in particolare di crimini violenti. Questi dati mettono in luce come una particolare attenzione per questa popolazione, in termini di prevenzione e trattamento, potrebbe contribuire a ridurre l'impatto di queste problematiche in età adulta.

3.5 Modelli di trattamento

L'approccio terapeutico dei pazienti con doppia diagnosi varia a seconda della specifica comorbidità psichiatrica, delle sostanze utilizzate, dalla disponibilità di sistemi di supporto psicosociali e le caratteristiche individuali del paziente. Il trattamento di questi pazienti è dinamico, individualizzato e deve avere una durata adeguata. Infatti, alcune ricerche mostrano che le persone che rimangono per intervalli più lunghi in trattamento ottengono risultati migliori (Drake, 2004). Gli scopi da raggiungere attraverso il trattamento sono l'astinenza, in quanto difficilmente il paziente è in grado di controllare l'uso problematico, il benessere individuale e un funzionamento sociale adeguato. È da tenere conto che la presenza di ricadute nel processo terapeutico è molto più probabile che in un contesto di singola diagnosi.

I programmi sviluppati per rispondere alle esigenze delle persone con doppia diagnosi includono il trattamento integrato, la terapia cognitivo-comportamentale, il *case management*, l'integrazione dei 12 passi degli Alcolisti Anonimi (AA), il colloquio motivazionale, il lavoro di sensibilizzazione e sull'impegno, il trattamento assertivo in comunità, gli approcci in fasi e il supporto della comunità (Drake et al., 2004).

Alcuni ricercatori hanno cercato di identificare i fattori comuni dei trattamenti che hanno evidenziato esiti migliori. Gli studi hanno evidenziato che gli approcci integrati sono i più efficaci, allo stesso modo di quelli che si basano sul concetto di "trattamento in fasi" (Drake et al., 2004). Le fasi del trattamento includono:

1. Il coinvolgimento del paziente in una relazione di fiducia e collaborazione (*engagement*).
2. Lo sviluppo di una motivazione.
3. Lavoro su strumenti e abilità nel gestire le malattie.
4. Prevenzione delle ricadute nei soggetti giunti a remissione.

3.5.1 Trattamenti psicologici e psicosociali

DBP E DUS

Una terapia sviluppata per il trattamento della doppia diagnosi DBP e DUS è la Terapia dialettico-comportamentale per il DUS (DBT-SUD). La DBT è un trattamento cognitivo-comportamentale che si basa sulla teoria biopsicosociale della personalità e in cui si sottolinea il ruolo della disregolazione emotiva nei comportamenti suicidari e

nell'eziopatogenesi del DBP (Linehan., 1993). La disregolazione emotiva, costrutto transdiagnostico (Gratz et al., 2015), è dimostrata essere alla base di comportamenti aggressivi auto ed etero diretti, di uso di sostanze e comportamenti sessuali a rischio. Gli obiettivi che la DBT si pone per agire sul comportamento di dipendenza sono il ridurre l'uso delle sostanze, diminuire la sofferenza legata all'astinenza e al *craving*, evitare le circostanze e comportamenti triggeranti e incrementare comportamenti salutari (Linehan & Dimeff, 2002).

Il trattamento DBT, adattato alla doppia diagnosi, si basa su alcuni principi:

1. Trattazione in contemporanea dei due disturbi. Occuparsi di un solo disturbo, infatti, porterebbe probabilmente a un aumento dei sintomi collegati all'altro.
2. Creare una buona relazione terapeutica, che favorisce la partecipazione del paziente.
3. Astinenza dialettica: sintesi fra astinenza e riduzione del danno, attraverso la messa in pratica delle abilità sviluppate dal paziente per rimanere astinente.
4. *Skills training*: apprendimento di abilità che aiutino a gestire il discontrollo egli impulsi e i comportamenti di consumo. L'insegnamento delle abilità non si limita alle tecniche comportamentali, ma si concentra anche sul superamento del conflitto tra "accettazione" e "cambiamento", che i pazienti borderline spesso percepiscono come concetti opposti.

Gli interventi della DBT comprendono una sessione settimanale di: psicoterapia individuale, una di gruppo di *skills training*, visite a gruppi di auto-aiuto e a strutture di consulenza sulle dipendenze, consulte telefoniche per gestione delle crisi e supervisione per i terapeuti. Esiste una fase di "pre-trattamento" che viene definita motivazionale, che ha l'obiettivo, da una parte, di pervenire ad un controllo dei comportamenti di abuso e dei comportamenti autolesivi; dall'altra di aumentare la motivazione, e quindi la disponibilità a aderire alla DBT.

In due RCT (*randomized controlled trial*), la DBT-SUD è risultata in grado di migliorare il livello funzionale complessivo dei pazienti e di aumentare il numero di giorni di astinenza e di campioni di urina negativi (Kienast et al., 2014).

Un'altra terapia adottata per la doppia diagnosi DBP e DUS è la Psicoterapia dinamica decostruttiva (DDP), che combina elementi di neuroscienze, teoria delle relazioni oggettuali e della filosofia decostruttiva di Derrida (Kienast et al., 2014). Questa terapia

si propone di occuparsi di entrambi i disturbi in contemporanea. Il trattamento è suddiviso in quattro fasi, che consistono in sessioni individuali di terapia a cadenza settimanale. Nella prima fase lo scopo è creare una buona relazione terapeutica, mentre nella seconda fase i pazienti analizzano le loro esperienze emotive e iniziano a riconoscere che le proprie valutazioni sono polarizzanti. Nella fase tre e quattro i pazienti imparano a essere consapevoli delle proprie interpretazioni soggettive e i loro giudizi diventano più aderenti alla realtà. Infine, i pazienti imparano a prendere distanze dalle proprie fantasie idealizzanti. Gregory et al. (2008) hanno confrontato l'effetto della DDP con l'effetto del TAU (treatment-as-usual), mostrando migliori esiti per la DDP, ma non statisticamente significativi sui sintomi di entrambi i disturbi. Il *drop-out* era, inoltre, minore per la DDP.

Un'altra terapia è la DFST (Dual Focus Schema Therapy), nata in ambito cognitivo-comportamentale, che integra la prevenzione per i comportamenti di dipendenza con un lavoro focalizzato sugli schemi maladattivi e meccanismi di coping (Ball & Young, 2000). Si basa su alcuni assunti:

- Problemi nel soddisfare i bisogni primari possono portare allo sviluppo di schemi maladattivi e dannosi meccanismi di coping nei giovani.
- Esistono diciotto schemi maladattivi, suddivisi in cinque cluster. Il paziente e il terapeuta hanno lo scopo di identificarli e inibirli e, conseguentemente, individuare i bisogni sottostanti e soddisfarli in una maniera adeguata.
- La classificazione dei disturbi di personalità non è influente all'interno della terapia e l'uso di sostanze è interpretato come un meccanismo di coping maladattivo.

Il trattamento con DFST combina aspetti legati alla personalità e strategie pragmatiche specifiche per i comportamenti di dipendenza. Tali strategie sono: la formazione focalizzata alla prevenzione delle ricadute, la formazione relativa a competenze riguardanti le relazioni interpersonali, la regolazione delle emozioni, il controllo degli impulsi e la gestione del *craving*, nonché la proposta di metodi per cambiare schemi e strategie di coping. Il trattamento avviene in sessioni di terapia individuale e di formazione professionale.

Esistono tre RCT, in cui la DFST è stata comparata con altri trattamenti (Ball et al., 2005; Ball, 2007; Ball et al., 2011). Tutti gli studi hanno mostrato un *drop-out* di circa

60%, uniformemente tra i gruppi, dati da interpretare considerando il setting del trattamento (Kienast et al. 2014).

Disturbi d'ansia e DUS

Le terapie basate sull'esposizione (Foa e Meadows, 1997; Foa et al., 1991) per il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) sono state ampiamente studiate e sono state proposte come trattamento di scelta per la gestione del PTSD (Ballenger et al., 2000). Per il PTSD è stato dimostrato che la terapia di esposizione riduce in modo significativo sia i sintomi del PTSD, sia quelli correlati al disturbo (per esempio, la depressione; Foa et al., 1999; Hembree e Foa, 2000). Tuttavia, sono pochissimi gli studi che hanno esaminato l'efficacia delle terapie basate sull'esposizione o altri trattamenti in soggetti con PTSD e DUS in comorbidità, e ancora meno sono gli studi randomizzati (Tiet et al., 2007).

Per il trattamento della doppia diagnosi disturbo di panico e DUS, Bowen et al. (2000) hanno esaminato l'efficacia della CBT (*Cognitive-Behavioural Therapy*) orientata al disturbo di panico, in aggiunta al normale trattamento ospedaliero per il disturbo da uso di alcol su pazienti con doppia diagnosi. Confrontando il trattamento CBT, in associazione con quello per il disturbo da uso di alcol, con il solo trattamento per il disturbo da uso di alcol, non è stata riscontrata una maggiore efficacia della condizione con CBT sui sintomi d'ansia o sugli esiti del consumo di alcol.

Disturbo depressivo e DUS

Uno dei pochi studi che hanno esplorato i trattamenti psicosociali per pazienti con depressione e disturbo da uso di alcol in comorbidità è quello di Brown et al. (1997). In questo studio vengono confrontati una CBT per la depressione (CBT-D) di otto sedute con un trattamento di controllo basato sul rilassamento (RTC), più il trattamento standard per il disturbo da uso di alcol, in pazienti con dipendenza da alcol e sintomi depressivi elevati (punteggio 49 al *Beck Depressive Inventory* - BDI). I partecipanti al gruppo CBT-D hanno mostrato miglioramenti significativi nei sintomi depressivi (misurati tramite *Hamilton Depression* - HAM-D e *Profile of Mood States* - POMS) rispetto al gruppo RTC. Inoltre, il gruppo CBT-D ha ottenuto risultati

significativamente migliori in termini di astinenza dall'alcol, percentuale di giorni di astinenza e numero di *drink* consumati al giorno, nei *follow-up* a 3 e 6 mesi.

Disturbi psicotici e DUS

È stato dimostrato come i pazienti con doppia diagnosi di psicosi e DUS hanno spesso una minore motivazione al cambiamento, sono più difficili da coinvolgere, abbandonano più facilmente i programmi a lungo termine e fanno progressi lenti (Horsfall et al., 2009). Inoltre, hanno una serie di difficoltà relazionali e sociali (Morrison et al., 1987) e di deficit cognitivi (Gray et al., 1991). Un modello utilizzato per migliorare la motivazione nella popolazione con DUS è il *Transtheoretical Model of Change*, sviluppato da Prochaska e DiClemente (1992), che comprende le seguenti cinque fasi di disponibilità al cambiamento: pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento. Gli autori del modello affermano che gli individui possono essere classificati in vari punti delle cinque fasi di cambiamento. Bellack e DiClemente (1999) hanno poi delineato un protocollo di trattamento per le persone con doppia diagnosi, individuando tre aspetti che ostacolano il cambiamento personale: la mancanza di motivazione, la cognizione compromessa e le limitazioni nelle abilità sociali. Il protocollo di trattamento contiene quattro moduli. Il primo è il *training* sulle abilità sociali e sulla risoluzione dei problemi, che consente ai pazienti di sviluppare relazioni sociali con persone che non abusano di sostanze e di essere in grado di rifiutare la pressione sociale associata al consumo. Il secondo modulo si concentra sull'educazione riguardante le cause dell'uso di sostanze (comprese abitudini, fattori scatenanti del consumo e del *craving*) e sui pericoli correlati all'uso di sostanze negli schizofrenici. Il terzo modulo consiste in un intervento motivazionale e nella definizione di obiettivi per la riduzione dell'uso di sostanze. Il quarto modulo consiste in un *training* di abilità comportamentali, utili ad affrontare gli impulsi e le situazioni ad alto rischio e a prevenire le ricadute.

Ziedonis et al. (2005) suggeriscono che, nel trattamento dei pazienti con disturbi da uso di sostanze, l'attenzione iniziale dovrebbe concentrarsi sull'instaurare una buona relazione terapeutica e sull'offerta di interventi come il *Motivational Interviewing* (MI), la prevenzione delle ricadute e il *case management*. Janssen et al. (2006) affermano che un supporto positivo da parte di familiari e amici non consumatori di sostanze può

migliorare l'aderenza al trattamento, come anche l'uso di farmaci antipsicotici atipici. A tal proposito, un modello di trattamento che tiene conto di questi aspetti è quello ideato da Barrowclough et al. (2001). Si tratta di un trattamento integrato che combina una terapia di stampo cognitivo-comportamentale, l'intervento familiare e un colloquio motivazionale per pazienti con doppia diagnosi (schizofrenia e DUS). Nello studio che ne ha analizzato l'efficacia, sono stati comparati i risultati dei gruppi randomizzati assegnati al trattamento integrato e al TAU.

I pazienti nella condizione di trattamento integrato hanno mostrato un miglioramento significativamente migliore del funzionamento globale a 1 anno di *follow-up* rispetto alla condizione di assistenza di routine. Inoltre, coloro che hanno ricevuto il trattamento integrato hanno mostrato un miglioramento significativo dei sintomi positivi, un aumento della percentuale di giorni di astinenza da alcol e droghe e una minore esacerbazione dei sintomi. Un numero significativamente inferiore di partecipanti alla condizione di trattamento integrato ha avuto una ricaduta, anche se il numero di giorni trascorsi in ricaduta non era significativamente diverso per le due condizioni.

3.5.2 Trattamento farmacologico

Il trattamento della comorbilità tra disturbi psichiatrici e disturbi da uso di sostanze richiede un approccio farmacologico mirato, che varia a seconda della sostanza coinvolta e delle specifiche condizioni cliniche del paziente.

In una revisione della letteratura, è evidenziato che per la comorbilità tra schizofrenia e DUS sono comunemente utilizzati gli antipsicotici atipici. Mentre non è osservata differenza tra risperidone e olanzapina, la clozapina sembra essere più efficace nel ridurre i sintomi psicotici e l'abuso di sostanze. Inoltre, ci sono evidenze che la quetiapina sia utile nei pazienti con doppia diagnosi, in particolare con uso di alcol, cocaina e anfetamine.

Una combinazione di naltrexone e sertralina si è rivelata, invece, efficace in pazienti con disturbo depressivo e dipendenza da alcol.

In una rassegna di Di Sciascio et al. (2005) vengono riportati dati estrapolati da svariati studi riguardanti la farmacoterapia nella doppia diagnosi.

I farmaci più utilizzati nella terapia del disturbo da uso di alcol sono il disulfiram (revulsivante, che si basa su condizionamento negativo), l'acamprosate (antidipsotroppo,

che avrebbe effetto bloccante sul *craving* e nel diminuire la pseudo-crisi), il naltrexone (antidipsotrofo, che avrebbe effetto bloccante dei rinforzi positivi legati ad assunzione), acido gamma idrossibutirrico (anti-*craving*).

La comorbidità tra disturbo da uso di alcol e disturbi dell'umore viene trattata con gli SSRI (come la sertralina e la fluoxetina), la carbamazepina e il divalproato sodico e il litio (che risulta efficace solo nel miglioramento del tono dell'umore).

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia e disturbo da alcol, i farmaci più utilizzati sono le benzodiazepine e il buspirone.

Nel trattamento dei sintomi causati dall'astinenza da cocaina, vengono impiegati il metadone e l'amantadina, mentre per la comorbidità con la depressione i triciclici, come la desipramina e, tra gli SSRI, la sertralina e la fluoxetina. La carbamazepina sembrerebbe il farmaco più efficace a trattare sia il disturbo bipolare sia il *craving*. Per il trattamento delle psicosi associate all'uso di cocaina vengono utilizzati gli antipsicotici atipici, i maggiormente indagati sono la quietapina, il risperidone e la clozapina.

Per il trattamento dei sintomi associati all'astinenza da oppioidi vengono impiegati farmaci come il metadone, la buprenorfina e il naltrexone. Nella comorbidità con la depressione, l'imipramina, in associazione con terapia con metadone, ha evidenziato miglioramenti nella deflessione dell'umore, nel *craving* e nell'abuso. Nei pazienti affetti da schizofrenia e dipendenza da oppioidi, si mostra particolarmente efficace la clozapina.

Nell'astinenza da cannabinoidi, il valproato di sodio ha dimostrato una buona efficacia. Nel trattamento degli stati psicotici, i farmaci più utilizzati sono gli antipsicotici atipici, in particolare l'olanzapina.

Limitati studi sulla comorbidità tra disturbo antisociale di personalità e disturbo da uso di sostanze hanno evidenziato un'efficacia parziale della nortriptilina nel ridurre l'abuso di alcol

La ricerca sulla farmacoterapia per la doppia diagnosi di DBP e disturbo da uso di alcol è scarsa e nessuno studio ha ancora esplorato le opzioni farmacologiche in grado di gestire contemporaneamente i sintomi del DBP e di ridurre il consumo di alcol. Infatti, in molti studi che analizzano l'efficacia dei farmaci nel trattamento dei disturbi di personalità, l'uso di sostanze è considerato un fattore di esclusione (Stoffers et al, 2010).

Esiste un unico studio RCT, con un campione di 254 pazienti alcol dipendenti, che ha analizzato i risultati della farmacoterapia in questi pazienti. Nello studio sono stati impiegati un placebo, il naltrexone, il disulfiram, il disulfiram e il naltrexone e il disulfiram in associazione e disulfiram e placebo in associazione. Lo studio ha evidenziato che la prevenzione farmacologica delle ricadute è risultata efficace sia nei pazienti con doppia diagnosi DBP e DUS, sia nei pazienti con sola diagnosi di DUS. Inoltre, nessun farmaco è risultato superiore agli altri (Ralevski et al., 2007).

Esiste una crescente evidenza che gli anticonvulsivanti e gli antipsicotici di seconda generazione, i recenti farmaci di scelta per la gestione della rabbia nel DBP, possono anche ridurre il desiderio e il consumo di alcol (Gianoli et al., 2012).

CAPITOLO 4

Caso clinico

4.1 Macrocontesto esistenziale

La paziente, T. è nata in Italia da genitori di origine straniera. Ha due fratelli più grandi con cui non avrebbe instaurato validi rapporti. Il padre soffre di disturbo di abuso di alcol ed ha spesso messo in atto violenza fisica sulla figlia. Il rapporto tra T. e il padre è caratterizzato da una forte ambivalenza: il padre è sia una figura di accudimento, sia una figura traumatizzante. La madre ha invece un ruolo supportivo, nonostante sia stata percepita da T. spesso inerme davanti alle violenze del padre. Da queste informazioni emerge un quadro di relazioni interpersonali tormentate ed ambivalenti. T. ha iniziato a consumare sostanze psicotrope all'età di 13 anni, quali cannabinoidi, cocaina e eroina, a seguito di un episodio di violenza da parte del padre, e attribuisce all'inizio del consumo il ruolo di *turning point* che ha compromesso il suo percorso di vita. Difatti, non ha frequentato le scuole superiori, arrestando il proprio percorso scolastico con l'ottenimento della licenza media. All'età di 18 anni veniva arrestata per il reato di rapina a mano armata. Veniva eseguita misura cautelare detentiva e pertanto T. veniva tradotta presso un Istituto Penitenziario dove veniva valutata per la prima volta. Si segnala come T. avesse già precedenti penali sempre per il reato di rapina.

4.2 Storia clinica

L'anamnesi psichiatrica di T. è positiva per pregressi ricoveri in Psichiatria e accessi al sistema sanitario sul territorio di residenza.

Dalla storia clinica di T. si apprende che a seguito di una diagnosi di “Psicosi affettiva indotta da sostanze” veniva impostata terapia antidepressiva, antipsicotica a basso dosaggio e benzodiazepinica. Sarebbe seguito, dopo non molto tempo, ricovero in TSO per “astenia e rifiuto dell'alimentazione”. Lo scopo del ricovero sarebbe stato quello di ripristinare l'alimentazione, con un ritorno a un peso nella norma. Dalla lettera di dimissione ospedaliera si apprendeva l'anamnesi medica e psicopatologica remota riportata:

- Schizofrenia
- Disturbo ansioso depressivo
- Asma

- Pregresso abuso di sostanze

L'anamnesi prossima comprendeva, invece:

- Calo ponderale
- Segni di *self-cutting* su tronco, addome e arti
- Cefalea
- Facies depressa
- ECG nei limiti della norma
- EEG nella norma

Durante il ricovero, T. riprendeva l'alimentazione in maniera lenta e graduale e si mostrava, per la maggior parte del tempo, collaborativa. Verso la fine del ricovero T. manifestava uno scompensamento emotivo con conseguente discontrollo degli impulsi, che esitava in episodi di *self-cutting* a livello degli arti superiori. Nei giorni seguenti all'episodio, si assisteva a una sostanziale ricomposizione del quadro psicopatologico per cui si concordavano le dimissioni di T.

T. sarebbe però stata ricoverata una seconda volta circa quattro mesi prima della detenzione a seguito di un episodio di "deflessione dell'umore". In seguito alla dimissione, si assisteva a *revolving-door* a causa di una fuga da casa della durata di due giorni. Durante la degenza ospedaliera viene effettuata diagnosi di "Disturbo bipolare non specificato" e "Pregresso scompensamento psicotico indotto da sostanze". Nell'ambito di tale esperienza ospedaliera T. riferisce un presunto evento traumatico per il quale, a suo dire, avrebbe esposto denuncia. Segue un percorso comunitario con esito fallimentare in quanto T., solo dopo qualche giorno, si allontana autonomamente a causa del *craving* da sostanze.

4.3 Ingresso nell'Istituto penitenziario

Durante l'ingresso in carcere, viene svolta una valutazione psicologica, al fine di giudicare il livello di rischio della giovane donna e prevenire possibili situazioni a rischio. T. nel complesso, mostra un'ideazione e un comportamento corretto. Riferisce uno scarso adattamento al contesto detentivo. La paziente, all'osservazione, manifesta agitazione psicomotoria e un umore eccitato, verosimilmente per via dell'assunzione di ingenti quantità di cocaina nel giorno precedente l'arresto. Per quanto riguarda le sue

relazioni sociali, riferisce di non avere rapporti con la propria famiglia. Sul piano emotivo si rivela tesa e, dal momento dell'ingresso, dichiara di avere idee di carattere autolesivo. Questi pensieri vengono confermati dall'infermiera di turno, che racconta come la paziente abbia richiesto più volte delle lamette. Inoltre, T. riferisce che tre anni prima si sarebbe defenestrata, causandosi fratture agli arti. Il pregresso tentativo suicidario e i pensieri autolesivi configurano un quadro clinico complesso. Pertanto, la valutazione del rischio evidenzia nella detenuta un alto rischio suicidario e un rischio medio di violenza. Alla luce di queste osservazioni, il suo caso viene valutato a livello 1 di rischio e viene collocata in regime di sorveglianza (SAV).

4.4 Valutazioni mediche e colloqui psicologici durante la detenzione

Nei giorni successivi, durante la valutazione medica, la detenuta si mostra più tranquilla anche grazie alla modulazione della terapia farmacologica. In sede di valutazione psicologica, riferisce insofferenza per l'isolamento implicato nel regime di SAV, e disadattamento al contesto detentivo, soprattutto dal punto di vista relazionale. Attribuisce, inoltre, i pensieri autolesivi (riferiti all'ingresso in carcere) al *craving* e non a una sua intenzione reale. Le viene fatto presente che, in presenza di fattori stressanti, tali pensieri potrebbero ripresentarsi. Viene collocata in regime normale e a livello 3 di rischio suicidario.

Nella successiva visita medica, emergono dispercezioni uditive, vissute in maniera egodistonica e riconosciute criticamente dalla paziente; T., dichiara poi un peggioramento riguardante la sua condotta anoressica e la presenza di un ambiente disfunzionale nella cella di appartenenza, motivi per cui chiede di essere riubicata, se tale situazione dovesse sussistere.

A breve distanza da questa valutazione, se ne rende necessaria un'ulteriore, per via di una crisi di pianto in cui la paziente si provoca dei graffi su collo. La paziente riferisce di sentirsi triste perché la madre non è venuta a farle visita e per il fatto che non ci sono ancora le autorizzazioni necessarie che le permetterebbero di telefonarle. In questa occasione, nega propositi autolesionistici.

Tre giorni dopo, l'agitazione emotiva della paziente culmina in episodi di discontrollo degli impulsi auto aggressivi, nel quale si causa ferite agli arti superiori. Vengono effettuate terapie iniettive al fine di tranquillizzare T., che accetta in un secondo

momento di farsi medicare. Al primo tentativo di medicazione, infatti, la paziente si sarebbe tolta le bende. Il medico, alla luce del grave discontrollo degli impulsi, intende attuare il passaggio dalla terapia con quietapina alla terapia con clozapina. Il caso di T. viene nuovamente ritenuto a livello 1 di rischio, implicando un ritorno in regime di SAV.

Una decina di giorni dopo l'episodio autolesivo, incomincia il lavoro psicoterapeutico, dove inizia a emergere l'importanza di lavorare sul trauma complesso della paziente. La paziente manifesta un umore lievemente deflesso, per via del regime di SAV e per il fatto che non condivide più la cella con una compagna, la quale, per T., è stato molto d'aiuto nella fase in cui sono riemerse le memorie dolorose riguardanti le violenze del padre e gli abusi sessuali subiti in strada, nell'ambito di uno stile di vita pericoloso correlato all'abuso di sostanze.

Durante la seguente seduta, ritornano a emergere le difficoltà interpersonali della detenuta. Infatti, T. racconta di aver rischiato di aggredire una compagna di cella e di essere pertanto contenta di aver cambiato ubicazione. Dichiara, poi, di sentirsi colpevole per il fatto che i genitori, poco abbienti, le stanno pagando l'avvocato e chiede di poter lavorare. A tal proposito, emerge come la detenuta faccia fatica a immaginare sé stessa impegnata in un lavoro legale, affermando di sentirsi più abile nella sfera illegale, che ritiene peraltro più semplice. Nella terapia si inizia con il lavoro di psicoeducazione sulla funzione del sistema nervoso autonomo, in particolare sulla sua funzione di vigilanza del pericolo e della sicurezza e si spiega come i traumi ne influenzino il funzionamento.

Nella successiva seduta riferisce di aver trascorso dei giorni di depressione e di abulia. Sempre in questa sede racconta un'esperienza traumatica risalente a quando aveva sei anni, in cui è stata messa in pericolo di vita dal padre. Attribuisce la causa dei suoi comportamenti ai traumi della sua vita. Viene attuato un altro intervento psicoeducativo sulla regolazione emotiva e le modalità con cui la paziente si è abituata a gestire il trauma (attacco, fuga, *freeze*, sottomissione, attaccamento). T. comprende e riconosce tali modalità di risposta e riesce a verbalizzare l'ambivalenza riguardo al rapporto con il padre, che è sia una figura di accudimento sia una figura traumatizzante.

La settimana seguente T. si dimostra soddisfatta del suo lavoro, ma vive invece male la convivenza con le compagne di cella, perché a suo dire le dicono cosa deve fare. Vuole

cambiare ubicazione. Durante la seduta viene attuato un intervento di regolazione della rabbia con la tecnica ABC.

Nell'ultimo colloquio preso in esame, T. si presenta disforica e non collaborante. Insiste nel chiedere il cambio di cella per le ragioni già citate e non si mostra disponibile ad attendere che la situazione con le compagne cambi.

4.5 Considerazioni sulla diagnosi (approccio nosografico-descrittivo)

A seguito delle valutazioni effettuate presso l'Istituto Penitenziario, la diagnosi del caso preso in esame è compatibile con la categoria nosografica di "Disturbo grave di personalità con aspetti borderline" e di "Psicosi Non Specificata". La diagnosi, che contiene il livello di gravità, rimanda al modello diagnostico dell'ICD-11 e, per tale ragione, quest'ultimo verrà utilizzato per analizzare il caso. La gravità del Disturbo di Personalità della paziente, secondo i parametri dell'ICD-11, è riscontrabile dai seguenti elementi:

- Compromissione in tutte le aree della vita (relazioni interpersonali, familiari, sociali, e area lavorativa e educativa).
- Associazione del disturbo a un danno a sé e agli altri.
- Manifestazioni gravi del disturbo.
- I problemi di funzionamento interpersonale compromettono seriamente quasi tutte le relazioni. La capacità e volontà di svolgere i ruoli sociali e professionali previsti sono assenti o gravemente compromessi.
- Ci sono gravi disturbi nel funzionamento del sé.

Nel particolare, la compromissione nelle aree della vita di T. si nota nella presenza di relazioni interpersonali intense e turbolente e difficoltà nell'instaurare un rapporto positivo con le compagne di cella, nell'abbandono scolastico e nella mancante volontà di assumere un ruolo sociale attraverso l'impegno in un'attività legale. Il danno a sé e agli altri, associato al disturbo, è riscontrabile nei comportamenti autolesionistici, di abuso di sostanze e nelle condotte antisociali, in questo caso la rapina. La gravità nel funzionamento del sé si riscontra nell'incapacità di regolare l'emotività (eccessivamente intensa), nella presenza di un'autostima bassa, nell'assenza di autodirezionalità e nell'inflessibilità cognitiva.

Nella diagnosi è inserito anche il riferimento agli aspetti borderline della personalità della paziente, esemplificati in questo elenco, tratto dall'ICD-11:

- Un modello di relazioni interpersonali instabili e intense, tipicamente caratterizzate dall'alternanza di estremi di idealizzazione e svalutazione.

Questo criterio è soddisfatto alla luce dell'ambivalenza che permea i rapporti con il padre e la madre.

- Impulsività che si manifesta con comportamenti potenzialmente dannosi per sé stessi (per esempio, comportamenti sessuali a rischio, guida spericolata, uso eccessivo di alcol o sostanze, abbuffate).

Nel caso di T., l'impulsività è un tratto molto marcato. Nel contesto della sua storia di vita, sono presenti diversi episodi in cui la paziente si è posta in situazioni rischiose, in associazione con l'abuso di sostanze.

- Episodi ricorrenti di autolesionismo (per esempio, tentativi o gesti di suicidio, automutilazione).

Nella storia clinica di T. sono presenti numerosi episodi di autolesionismo ed è riportato dalla paziente anche un tentativo di suicidio.

- Instabilità emotiva dovuta a una marcata reattività dell'umore. Le fluttuazioni dell'umore possono essere innescate internamente (per esempio, dai propri pensieri) o da eventi esterni. Di conseguenza, l'individuo sperimenta intensi stati d'animo disforici, che in genere durano poche ore ma possono durare anche diversi giorni.

È evidente, infatti, la componente di instabilità emotiva che porta la paziente a sperimentare umore disforico, anche per diversi giorni. Le fluttuazioni dell'umore sembrano essere innescate soprattutto da eventi esterni (come la mancata visita della madre).

- Rabbia intensa e inappropriata o difficoltà a controllare la rabbia, che si manifesta con frequenti manifestazioni d'ira (per esempio, urlare o gridare, lanciare o rompere oggetti, partecipare a scontri fisici).

Il sentimento di rabbia intensa si è manifestato nell'ambito della relazione con le compagne di cella, soprattutto nell'episodio in cui T. è stata vicina a partecipare a uno scontro fisico.

- Sintomi dissociativi transitori o caratteristiche psicotiche (per esempio, brevi allucinazioni, paranoia) in situazioni di elevata eccitazione affettiva.

La presenza di dispercezioni uditive a contenuto egodistonico, durante le prime settimane di detenzione, è avvenuta in concomitanza con uno stato crescente di agitazione emotiva.

- Una visione di sé come inadeguata, cattiva, colpevole, disgustosa e spregevole.

Tale visione di sé stessa emerge quando afferma di non sentirsi in grado di svolgere un lavoro legale.

Il lavoro terapeutico in carcere è stato configurato in modo da fornire alla paziente degli strumenti per gestire la propria impulsività e reattività e per regolare l'emotività negativa e la rabbia. Ciò è stato possibile attraverso interventi psicoeducativi, che permettessero una migliore comprensione, da parte della paziente, dei propri stati emotivi e contenuti psichici. È stato iniziato anche il lavoro psicoterapeutico improntato all'elaborazione del complesso trauma della paziente. È stata offerta, inoltre, la possibilità di lavorare, per permettere a T. di sperimentare sé stessa all'interno dell'ambiente lavorativo. È di rilevante importanza, infatti, lavorare sul reinserimento sociale della paziente.

Per quanto riguarda la diagnosi di Psicosi Non Specificata, essa si riferisce ai sintomi psicotici manifestati, durante la detenzione, sotto forma di dispercezioni uditive. Viene segnalato che la psicosi sembra correlata al poliabuso di sostanze. Nella storia clinica della paziente era già stata diagnosticata una Psicosi Affettiva indotta da sostanze, per cui è in cura antipsicotica da tre anni.

Anche alla luce di questi aspetti, pur non essendo presente una diagnosi di Disturbo da uso di sostanze, è evidente come il consumo problematico della paziente abbia un ruolo centrale nel peggioramento della patologia. È quindi auspicabile che anche il consumo problematico venga opportunamente trattato in terapia.

4.6 Interpretazione del caso, nell'ottica della psicoterapia cognitiva neuropsicologica

La patologia clinica di T. sembra situarsi sul confine tra patologia storica e non storica, per il fatto che sia gli eventi storici della sua vita, sia le vulnerabilità genetiche e temperamentali hanno un forte ruolo nel disturbo. Il caso clinico in esame è particolarmente complesso e grave per via del rischio suicidario, accentuato dalla presenza di comorbidità tra disturbi psichiatrici.

La vita della paziente è segnata da diversi momenti critici. Uno dei primi è l'episodio in cui il padre, sotto effetto di alcolici, ha messo in pericolo la sua vita e quella della sua famiglia, quando aveva sei anni. Pur essendo uno dei tanti episodi di violenza che T. ha vissuto nel contesto familiare, lo riconosce come particolarmente impattante nel suo successivo sviluppo. Gli episodi di violenza riferiti raccontano di un ambiente familiare disfunzionale, che ha contribuito alla formazione dei modi di essere nel mondo di T., rendendola vulnerabile a certi tipi di comportamento disadattivi. Avere una storia di abusi è un fattore di rischio per lo sviluppo del Disturbo Borderline di Personalità. L'appartenenza a una minoranza e l'estrazione sociale bassa della famiglia della paziente sono statisticamente, anche in questo caso, dei fattori di vulnerabilità.

Un altro momento particolarmente critico della vita di T. è l'incontro con le sostanze quando aveva 13 anni, a seguito di un episodio di violenza da parte del padre. La paziente lo descrive come un vero e proprio *turning point* della sua esistenza, dal quale è derivato l'abbandono scolastico e la compromissione del suo percorso di vita. Nei comportamenti di abuso e dipendenza è noto come la componente di vulnerabilità genetica abbia un ruolo molto rilevante. Secondo la review di Mozzoni et al. (2008), la variabilità nella vulnerabilità alla dipendenza è spiegata per il 40-60% da componenti genetiche e per il restante da fattori ambientali. Nel caso di T. sono presenti sia le componenti genetiche (il padre soffre di alcolismo), sia i fattori ambientali (contesto familiare disfunzionale, esposizione ad ambiente con criminalità e accesso a sostanze stupefacenti). Il consumo problematico di T. si trova associato ai comportamenti autolesivi (riferisce di aver iniziato a metterli in atto sotto effetto di sostanze), ai comportamenti a rischio (es. la fuga da casa che l'ha esposta a un evento traumatico), all'insorgenza dei sintomi psicotici e alla condotta antisociale (la rapina è avvenuta sotto effetto di sostanze).

A livello neuropsicologico, l'abuso di sostanze ha un ruolo nel malfunzionamento dei seguenti circuiti neurali:

- I circuiti che regolano la capacità di inibire i comportamenti impulsivi.
- I circuiti implicati nella motivazione e nella presa di decisione.
- I circuiti adibiti alle funzioni esecutive e cognitive.

Il deficit del controllo inibitorio della paziente si è reso evidente a più riprese negli episodi di discontrollo degli impulsi. È interessante notare come ad esempio, dopo l'episodio della crisi di pianto, T. dichiara di non avere propositi autolesionistici, che però si concretizzano qualche giorno dopo; ciò potrebbe riflettere una difficoltà di T. nell'autoconsapevolezza dei propri stati emotivi e del proprio contenuto psichico. Alternativamente, potrebbe significare che, negli episodi di scompenso emotivo, T. non sia in grado di inibire i comportamenti impulsivi autolesivi, rivelando, difatti, un grave deficit del controllo degli impulsi.

La patologia della motivazione e della scelta si evidenzia, ad esempio, nell'episodio dell'allontanamento dalla comunità terapeutica. T. aveva deciso di proseguire con le cure e aveva in quel momento l'orizzonte d'attesa di riabilitarsi. Nonostante ciò, si mostra incapace di resistere al *craving*. Nei casi di dipendenza, l'attivazione dello stato di *arousal*, che precede l'assunzione e che è presente nelle azioni preparatorie, rende impossibile per i soggetti l'inibizione del comportamento di consumo. Nello stato di anticipazione, infatti, l'attenzione dei soggetti si trova focalizzata interamente sul senso di eccitazione, riducendo l'autoconsapevolezza e perdendo di vista il contesto (Liccione, 2012).

Si rende, quindi, necessario un lavoro terapeutico improntato al recupero di questi deficit legati al consumo problematico, avendo questi un impatto negativo sulla prognosi della paziente.

La paziente sembra avere un modo di stabilire il senso di identità personale posizionato sul versante *outward*. T. per mantenere il senso di sé e definirsi, necessita di un'alterità attraverso cui farlo. Il senso di stabilità della paziente, infatti, viene meno in assenza di un punto di riferimento esterno, come è avvenuto nell'episodio del discontrollo degli impulsi, causato dalla mancata visita della madre e nell'umore deflesso, conseguente all'isolamento e all'allontanamento dalla compagna di cella. La modalità *outward* è visibile anche nell'agitazione emotiva, in parte dovuta al cattivo rapporto con le

compagne di cella, in regime di detenzione normale. È possibile applicare questa interpretazione anche all'episodio che riguarda l'inizio del consumo di sostanze. La paziente dichiara di aver iniziato a consumare dopo aver subito una violenza fisica dal padre e di aver cominciato da qualche anno a compiere gesti autolesivi, soprattutto sotto l'effetto di sostanze stupefacenti. Si può ipotizzare che, privata della possibilità di definirsi attraverso il rapporto con l'altro (sgretolato per via degli abusi), T. abbia sviluppato un modo di definirsi attraverso le sensazioni corporee intense, derivate dall'uso di sostanze, dai gesti autolesivi e talvolta dalla restrizione alimentare. In questo modo, il corpo stesso diviene l'alterità attraverso cui si definisce. A questo proposito, è noto come i pazienti con dipendenza tendono ad abituarsi a gestire le emozioni negative attraverso le sostanze.

È possibile sottolineare anche come la paziente tenda ad attribuire la causa dei suoi comportamenti a fattori esterni, e che, pertanto, sia necessario lavorare sullo sviluppo della responsabilità individuale, fondamentale per un cambiamento significativo.

Infine, gli orizzonti di attesa di T. appaiono reclusi nella via dell'illegalità e i suoi modi di fare esperienza non la rendono protagonista delle proprie scelte di vita; ciò è dovuto all'immagine che ha di sé stessa, ovvero incapace di vivere nella legalità, e all'inesistenza di esperienze al di fuori del contesto criminale. Perché si possano aprire progettualità nuove, nel lavoro terapeutico sarà necessario accompagnare T. nella sperimentazione di nuovi modi di sentirsi e percepirsi, portando a una trasformazione dei suoi modi esperienziali in modo che risultino più adattivi.

Conclusioni

Dai risultati delle ricerche riportate in questo, è evidente come i disturbi di personalità, i disturbi correlati a sostanze e i casi di doppia diagnosi, condividano tra di loro una forte rilevanza sociale e che siano fonte, quindi, di interesse per la ricerca psicologica, neuroscientifica e psichiatrica. I cambiamenti nell'approccio e nella cura delle problematiche legate alla psicopatologia evolvono di pari passo con i cambiamenti culturali e storici. Per questa ragione, è necessario che l'attenzione della società e, di conseguenza, dei ricercatori e dei clinici venga posta nell'aumento della consapevolezza e nell'accettazione dell'esistenza di quadri complessi che richiedono trattamenti complessi e integrati.

È importante che venga implementata la prevenzione e la tutela soprattutto della popolazione infantile e adolescenziale, essendo che questi periodi dello sviluppo umano sono particolarmente sensibili e cruciali per una serie di cambiamenti, da quelli biologici a quelli che riguardano l'assunzione di un ruolo nella società.

Bibliografia

- Abbate, L., Lang, M., Francia, E. (2021). Personalità: dall'approccio categoriale a quello dimensionale. *Qi, Hogrefe editore. Vol. 91. Adattamento italiano da: Blais, M.A., e Sinclair, S.J., (2018). SPECTRA Indices of Psychopathology. Lutz, FL: PAR.*
- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, **80** (7), 1.
- Achenbach, T.M. (1978). The child behavior profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, **7** (3-4), 24-42.
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, **85** (6), 1275.
- Akiskal, H.S., Mallya, G. (1987). Criteria for the 'soft' bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacol Bull*, **23**, 68-73.
- Akiskal, K.K., Akiskal, H.S. (2005). The theoretical underpinnings of affective temperaments: implications for evolutionary foundations of bipolar disorder and human nature. *Journal of Affective Disorders*, **85**, 231-239.
- Akiskal, K.K., Savino, M., Akiskal, H.S. (2005). Temperament profiles in physicians, lawyers, managers, industrialists, architects, journalists, and artists: a study in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders*, **85**, 201-216.
- Alarcón, R. D., Foulks, E. F., Vakkur, M. (1998) *Culture and personality disorders*, New York, NY: John Wiley and Sons.
- Aldi, G. (2022). I Disturbi di Personalità: Per una Epistemologia della Comprensione.
- Amad A, Ramos N, Thomas P, et al. (2014). Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model. *Neurosci Biobehav Rev.*, **40**, 6-19.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (5th ed.) Arlington, VA.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed., text revision). Washington.
- Antai-Otong, D., Theis, K., & Patrick, D. D. (2016). Dual diagnosis: coexisting substance use disorders and psychiatric disorders. *Nurs Clin North Am*, **51**(2), 237-247.
- Arciero, G., Bondolfi, G. (2009) Selfhood, identity and personality styles. John Wiley & Sons, Chichester.
- Arciero, G., Guidano, V. (1999). Approche narrative de l'identité et optique constructiviste pour la psychopathologie et la psychoterapie, *Rev.fr.Clin. comport-cognit.*, **4**, 24-29.
- Aron, A. R., Robbins, T. W., Poldrack, R. A. (2004). Inhibition and the right inferior frontal cortex. *Trends in cognitive sciences*, **8**, 170-177.
- Bach, B., First, M.B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry* **18**, 351.
- Ball, J. C., Shaffer, J. W., & Nurco, D. N. (1983). The day to-day criminality of heroin addicts in Baltimore—A study in the continuity of offence rates. *Drug and alcohol dependence*, **12**(2), 119-142.
- Ball, S.A. (2007). Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *J Pers Disord*, **21**, 305–321.
- Ball, S.A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A.J., Bujosa, C.T., O’Neill, T.W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Compr Psychiatry*, **46**, 371–379.
- Ball, S.A., Maccarelli, L.M., La Paglia, D.M., Ostrowski, M.J. (2011). Randomized trial of dual-focused vs. single-focused individual therapy for personality disorders and substance dependence. *J Nerv Ment Dis*, **199**, 319–328.
- Ball, S.A., Young, J.E. (2000). Dual Focus Schema Therapy for personality disorders and substance dependence: Case study results, *Cognitive and Behavioral Practice*, **7** (3), 270-281.

- Ballenger, J. C., Goodwin, F. K., Major, L. F., & Brown, G. L. (1979). Alcohol and central serotonin metabolism in man. *Archives of general psychiatry*, *36*(2), 224-227.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., ... & Shalev, A. Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, *61*, 60-66.
- Barbi, S. (2022) Tossicodipendenza e riduzione del danno “Route 4” L’Unità di Strada nata a Padova, corso di laurea triennale in Servizio Sociale, Dipartimento di scienze politiche, giuridiche e studi internazionali, Università degli studi di Padova, Daria Panebianco.
- Barnow, S., Herpertz, S.C., Spitzer, C., Stopsack, M., Preuss, U.W., Grabe, H.J., et al. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorder taking gender and comorbidity into account. *Psychopathology*, **40** (6), 369-378.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O’Brien, R., et al. (2001) Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry*, **158**, 1706–1713.
- Becker, H. S. (1967). History, culture and subjective experience: An exploration of the social bases of drug-induced experiences. *Journal of health and social behavior*, **8** (3), 163-176.
- Bellack, A.S., Di Clemente, C.C. (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*; **50**, 75–80.
- Belsky, D.W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., Houts, R., Moffitt, T. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Dev. Psychopathol.*, **24**, 251–265.
- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M.M., Saiz-Gonzalez M.D., Saiz-Ruiz J., et al. (2009). Severity of personality disorders and suicide attempt. *Acta Psychiatr Scand.* **119**, 149–155.

- Bowen, R. C., D'Arcy, C., Keegan, D., & Senthilselvan, A. (2000). A controlled trial of cognitive behavioral treatment of panic in alcoholic inpatients with comorbid panic disorder. *Addictive behaviors*, **25**(4), 593-597.
- Bozzatello, P., Garbarini, C., Rocca, P., Bellino, S. (2021). Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, **11** (11), 2142.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., Rocca, P. (2019) Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. *Front. Psychiatry*, **10**, 710.
- Brewer, J.A., Potenza, M.N. (2008) The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol.* **75** (1), 63-75.
- Brewer, S., Godley, M. D., & Hulvershorn, L. A. (2017). Treating mental health and substance use disorders in adolescents: what is on the menu?. *Current psychiatry reports*, **19**(1), 5.
- Brown, G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American journal of Psychiatry*, **148**, 55-61.
- Brown, R. A., Evans, D. M., Miller, I. W., Burgess, E. S., & Mueller, T. I. (1997). Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of consulting and clinical psychology*, **65**(5), 715.
- Buffa, P. (2012), Il suicidio in carcere: la categorizzazione del rischio come trappola concettuale ed operativa, "Rassegna penitenziaria e criminologica", XV, **1**, 7-118.
- Calcaterra S.L., Beaty B., Mueller S.R. et al. (2014). The association between social stressors and drug use/hazardous drinking among former prison inmates. *J Subst Abuse Treat* , **47**.
- Calvo, N., Valero, S., Ferrer, M., Barral, C., & Casas, M. (2016). Impulsive clinical profile of Borderline Personality Disorder with comorbid substance use disorder. *Actas espanolas de psiquiatria*, **44**(4), 145-152.
- Campbell Sills L., Ursano R.J., Kessler R.C. et al. (2018). Prospective risk factors for post deployment heavy drinking and alcohol or substance use disorder among US Army soldiers. *Psychol Med*, **48**.

- Carrà, G., Bartoli, F., Brambilla, G., Crocamo, C., & Clerici, M. (2015). Comorbid addiction and major mental illness in Europe: a narrative review. *Substance abuse*, **36**(1), 75-81.
- Canali, S. (2003). Capitolo 14: La nozione di tossicodipendenza. Una riflessione storico-critica.
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., Moffitt, T.E. et al. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, **2** (2), 119-137.
- Chambers, R.A., Taylor, J.R., & Potenza, M.N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American journal of psychiatry*, **160** (6), 1041-1052.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, **114**, 505.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Gilligan, S. B., von Knorring, A. L., Reich, T., & Bohman, M. (1988). Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Advances in alcohol & substance abuse*, **7**(3-4), 3-16.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., Przybeck, T.R. (1993) A psychobiological model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, **50**, 975–990.
- Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2008). Personality disorders. *The medical basis of psychiatry*, 471-483.
- Collins, D.A., Lapsley, H., Brochu, S., Easton, B., Pérez-Gómez, A., Rehm, J., Single, E. (2006). International guidelines for the estimation of the avoidable costs of substance abuse. Health Canada; Ottawa.
- Conway, C.C., Hammen, C., Brennan, P.A. (2016). Optimizing prediction of psychosocial and clinical outcomes with a transdiagnostic model of personality disorder. *J Personal Disord.*, **30**, 545–566.
- Costa, P.T., McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *J. Personal. Disord.* **4**, 362–371.
- Crawford, M.J., Koldobsky, N., Mulder, R.T., Tyrer, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *J Personal Disord.* **25**, 321–330.

- Crespi, G., Giglio, E., Galimberti, G.L., Lucchini, A. (2024). Riflessioni e analisi sull'evoluzione del concetto di dipendenza da alcol all'interno dei principali sistemi diagnostici DSM e ICD: novità e confronto tra classificazione ICD-11 e DSM-5-TR. *MISSION*, (2024/65-66).
- Cruz MT, Bajo M, Schweitzer P et al. (2008). Shared mechanisms of alcohol and other drugs. *Alcohol Res Health*; **31**.
- Cui, R., Kamatani, Y., Takahashi, A., Usami, M., Hosono, N., Kawaguchi, T., Tsunoda, T., Kamatani, N., Kubo, M., Nakamura, Y., Matsuda, K. (2009). Functional Variants in ADH1B and ALDH2 Coupled with Alcohol and Smoking Synergistically Enhance Esophageal Cancer Risk. *Gastroenterology*., **137**, 1768–1775.
- Davis, W. M. (1996). Psychopharmacologic violence associated with cocaine abuse: kindling of a limbic dyscontrol syndrome?. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *20*(8), 1273-1300.
- De Leon, G. (1989). Psychopathology and substance abuse: What is being learned in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*, *21*(2), 177-188.
- Dembo, R., Washburn, M., Wish, E. D., Yeung, H., Getreu, A., Berry, E., & Blount, W. R. (1987). Heavy marijuana use and crime among youths entering a juvenile detention center. *Journal of Psychoactive Drugs*, *19*(1), 47-56.
- Di Chiara, G., Bassareo, V. (2007). Reward system and addiction: what dopamine does and doesn't do. *Current opinion in pharmacology*, *7* (1), 69-76.
- Di Sciascio, G., Nardini, M. (2005). in Prefazione in Comorbidità fra disturbi mentali e dipendenze patologiche: il problema della “doppia diagnosi”.
- Di Sciascio, G., Papazacharias, A., & Calò, S. (2005). Farmacoterapia nella comorbidità psichiatrica con disturbi da uso di sostanze: una revisione della letteratura. *ASL BA3*, 107.
- Dickman, S.J. (1993). Impulsivity and information processing.
- Distel, M.A.; Middeldorp, C., Trull, T.J., Derom, C., Willemsen, G., Boomsma, D.I. (2011). Life events and borderline personality features: The influence of gene–environment interaction and gene–environment correlation. *Psychol. Med.*, **41**, 849–860.

- Draine, J., Salzer, M.S., Culhane, D.P., et al. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services* **53**, 565–573.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **177**, 408-414.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric rehabilitation journal*, **27**, 360.
- Drummond, D.C., (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, **96**, 33-46.
- Egan, T. (1999). The nation's war against crack retreats. still taking prisoners. New York Times
- Ellison, W.D., Rosenstein, L.K., Morgan, T.A., Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, **41** (4), 561-573.
- Enoch, M. A. (2012). The influence of gene–environment interactions on the development of alcoholism and drug dependence. *Current psychiatry reports*, **14**, 150-158.
- Eurelings-Bontekoe, E.H., van Dam, A., Luyten, P., Verhulst, W.A., van Tilburg, C.A., de Heus, P., et al. (2009). Structural personality organization as assessed with theory driven profile interpretation of the dutch short form of the MMPI predicts dropout and treatment response in brief cognitive behavioral group therapy for axis I disorders. *J Pers Assess.* **91**, 439–52.
- Everitt, B., Robbins, T. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nat Neurosci*, **8**, 1481–1489.
- Fantuzzi, C., & Mezzina, R. (2020). Dual diagnosis: A systematic review of the organization of community health services. *International Journal of Social Psychiatry*, **66**, 300-310.
- Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., & Pilkonis, P. A. (2006). Borderline personality and substance use in women. *American Journal on Addictions*, **15**(2), 131-137.

- Fioritti, A., Solomon, J. (2002). Doppia diagnosi. *Franco Angeli*.
- Galea S, Vlahov D. (2002). Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public Health Rep*, **117**.
- Galimberti, G. L. (2022). È possibile la salute in carcere? Il disturbo da uso di sostanze e la comorbidità psichiatrica, la complessità della cura. *Mission-Open Access*, **59**.
- Gianoli, M.O., Jane, J.S., O'Brien, E., Ralevski, E. (2012). Treatment for comorbid borderline personality disorder and alcohol use disorders: a review of the evidence and future recommendations. *Exp Clin Psychopharmacol*. **20**, (4), 333-344.
- Gone, J.P., Kirmayer, L.J. (2010) On the wisdom of considering culture and context in psychopathology. In: Millon T., Krueger R., Simonsen E. (eds) *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11*, New York, NY: Guilford Press, pp. 72–96.
- Gordon, M. S., Kinlock, T. W., & Battjes, R. J. (2004). Correlates of early substance use and crime among adolescents entering outpatient substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, **30**(1), 39-59.
- Gotzsche-Astrup, O., Moskowitz, A. (2016). Personality disorders and the DSM-5: scientific and extra-scientific factors in the maintenance of the status quo. *Austr N Z J Psychiatry*, **50**, 119–27.
- Grace, A.A. (2000). The tonic/phasic model of dopamine system regulation and its implications for understanding alcohol and psychostimulant craving. *Addiction*, **95** (8s2), 119-128.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Goldstein, R.B., Huang, B, Stinson, F.S., Saha, T.D., et al. (2008) Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry*, **69**, 533.
- Gratz, K. L., Weiss, N. H., & Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current opinion in psychology*, **3**, 85-90.
- Gray, J.A., Feldon, J., Rawlins, J.N.P., et al (1991). The neuropsychology of schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, **14**, 1-84.

- Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **45**(1), 28.
- Gualtieri, I., De Vita, O., Caselli, G., Di Nicola, D., Tedeschi, D., Ruggeri, F., Meli, G., et al. (2012). Psicopatologia e clinica dei disturbi del controllo degli impulsi. *Dip. Patol.*, **3**, 13-18.
- Guidano, V., Liotti, G. (1983). Cognitive processes and emotional disorders, Guilford, New York.
- Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Choi-Kain, L.W., et al. (2011) Family study of borderline personality disorder and its sectors of psychopathology. *Arch Gen Psychiatry.*, **68**, 753-762.
- Gunderson, J.G. (1988). Personality disorders. In *The New Harvard Guide to Psychiatry*, ed. Nicholi, A.M., Cambridge, MA: Harvard Univ. Press, pp. 337–357.
- Guze, S., Wolfgram, E., McKinney, J., Cantwell, D. (1968). Delinquency, social maladjustment and crime: the role of alcoholism (A study of first degree relatives of convicted criminals). *Dis Nerv Syst*, **29**, 238-43.
- Hambrecht, M., & Häfner, H. (2000). Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **34**(3), 468-475.
- Han B., Compton W.M., Jones C.M. et al. (2021). Methamphetamine use, methamphetamine use disorder, and associated overdose deaths among US adults. *JAMA Psychiatry*, **78**.
- Harrison, J., Curtis, A., Cousins, L., & Spybrook, J. (2017). Integrated dual disorder treatment implementation in a large state sample. *Community mental health journal*, **53**, 358-366.
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., et al. (2005). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*; **330**, 11.

- Herzog, J.I., Schmahl, C. (2018). Adverse Childhood Experiences and the Consequences on Neurobiological, Psychosocial, and Somatic Conditions Across the Lifespan. *Front. Psychiatry*, **9**, 420.
- Heslin, K.C., Elixhauser, A., Steiner, C.A. (2015). Hospitalizations Involving Mental and Substance Use Disorders Among Adults, 2012: Statistical Brief #191 Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard review of psychiatry*, **17** (1), 24-34.
- Iannitelli, A., Castra, R., Antenucci, M. (2002). Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche. *Ann Ist Super Sanità*, **38** (3), 233-239.
- Janssen B, Gaebel W, Haerter M, Komaharadi F, Lindel B, Weinmann S. (2006). Evaluation of factors influencing medication compliance in inpatient treatment of psychotic disorders. *Psychopharmacol.*, **187**, 229–236.
- Jaspers, K. (1999). *General psychopathology* (J. Hoenig & Marian W. Hamilton, Trans.). Baltimore, MD: Johns Hopkins Press.
- Kalivas, P.W., Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, **162** (8), 1403-1413.
- Kendler, K.S., Prescott, C.A., Myers, J., Neale, M.C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of general psychiatry*, **60** (9), 929-937.
- Kenny, P.J. (2014). Epigenetics, microRNA, and addiction. *Dialogues in clinical neuroscience*, **16**, 335–344.
- Kernberg, O.F., Clarkin, J.F. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. White Plains: NY Hospital-Cornell Med. Central.
- Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, C.T.: Yale Univ. Press.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent application, in *Harvard Rev psychiat.*, n. 4.

- Kienast, T., Stoffers, J., BERPpohl, F., Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Dtsch Arztebl Int*, **111** (16), 280-286.
- Kolb B., Mychasiuk R., Muhammad A. et al. (2012). Experience and the developing prefrontal cortex. *Proc Natl Acad Sci*, **109**.
- Koob, G. F., & Moal, M. L. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, **278**, 52-58.
- Koob, G.F., Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, **24**, 97–129.
- Koob, G. F. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *European neuropsychopharmacology*, **13**, 442-452.
- Koob, G.F., Le Moal, M. (2005) Plasticity of reward neurocircuitry and the 'dark side' of drug addiction. *Nature Neuroscience*, **8**, 1442–1444.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, **35** (1), 217-238.
- Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D. (2018). A paradigm shift in psychiatric classification: The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry*, **17**, 25-26.
- Kreek, M.J., Zhon, Y., Schussman, S. (2004). Craving in Opiate, Cocaine and Alcohol Addiction. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems* **6**, 5-52.
- Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, **56** (10), 921-926.
- Krueger, R.F., Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, **107**, 216.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, **377**, 74-84.
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., Kernberg, O.F. (2023) Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA.*, **329** (8), 670–679.
- Leonardi, F. (2009). Tossicodipendenza e alternative alla detenzione: Il rischio di recidiva tra gli affidati al Servizio Sociale. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, **1**, 5-30.

- Liccione, D. (a cura di.) (2012). Casi clinici in psicoterapia cognitiva neuropsicologica. *Libreria universitaria.it edizioni*.
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA research monograph*, **137**, 201-201.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, **67**, 13-26.
- Links, P.S., Heslegrave, R.J., Mitton, J.E., van Reekum, R., Patrick, J. (1995) Borderline personality disorder and substance abuse: Consequences of comorbidity. *Can. J. Psychiatry*, **40**, 9-14.
- Macgregor, S., Lind, P.A., Bucholz, K.K., Hansell, N.K., Madden, P.A., Richter, M.M., Montgomery, G.W., Martin, N.G., Heath, A.C., Whitfield, J.B. (2009). Associations of ADH and ALDH2 gene variation with self-report alcohol reactions, consumption and dependence: an integrated analysis. *Human molecular genetics*, **18**, 580–593.
- Madeddu, F., Di Pierro, R. (2014). DSM-5: Lo strano caso dei Disturbi di Personalità. *Psichiatria e Psicoterapia*, **33** (2) 109-133.
- Manna, V. (2012). Approcci dimensionali alla psicopatologia di personalità: dal disturbo di personalità alla personopatia. *Journal of Psychopathology*, **18**, 210-225.
- Maremmani, A.G.I. (2014) Verso una psicopatologia specifica dell'addiction. Rapporti con le covariate comportamentali del craving nel disturbo da uso di eroina, Tesi di specializzazione in psichiatria, Scuola di specializzazione in psichiatria, Università degli studi di Pisa, Icro Maremmani.
- Maremmani, I., Pacini, M., Lubrano, S., Lovrecic, M., Perugi, G. (2003). Dual diagnosis heroin addicts. The clinical and therapeutic aspects. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, **5**, 7-98.
- Maremmani, I., Zolesi, O., Daini, L., Castrogiovanni, P., (1999). Disturbi Correlati a Sostanze. Il "Craving", In: Cassano, G.B., Pancheri, P., 128 Pavan, L.,

- Pazzagli, A., Ravizza, L., Rossi, R., Smeraldi, E., Volterra, V. (Eds.), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano, pp. 1342-1352.
- Mensi L., *Il problema della Doppia Diagnosi: riabilitazione nei Disturbi da Uso di Sostanze*, corso di laurea in Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Dipartimento di Medicina e chirurgia, Università degli studi di Genova, Anna Lunetta, 2003.
 - Mitchell M.R., Berridge K.C., Mahler S.V. (2018). Endocannabinoid enhanced “liking” in nucleus accumbens shell hedonic hotspot requires endogenous opioid signals. *Cannabis Cannabinoid Res*, **3**.
 - Morgan D., Grant K.A., Gage H.D. et al. (2016). Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nat Neurosci*, **5**.
 - Morrison, R.L., Bellack, A.S. (1987). The social functioning of schizophrenic patients: clinical and research issues. *Schizophrenia Bulletin*, **13**, 715-726.
 - Mozzoni, M., Serpelloni, G., Bricolo, F. (2008). Le neuroscienze delle dipendenze: una rassegna della letteratura. In Serpelloni, G., Bricolo, F., Mozzoni, M. (a cura di). (2008). *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze: manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. La Grafica, 25-24.
 - Mueser, K.T., Bennett, M., Kushner, M.G. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses, in *Double Jeopardy: Chronic Mental Illness and Substance Use Disorders*. Edited by Lehman, A.F., Dixon, L.B., Newark, N.J., Harwood Academic.
 - Mulder, R. T. (2004) Depression and personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, **6**, 51–57.
 - Murthy, P., Chand, P. (2012) Treatment of dual diagnosis disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, **25** (3), 194-200.
 - Osher, F.C., Kofoed, L.L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, **40**, 1025-1030
 - Paris, J., Lis, E. (2013) Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, **50** (1), 140-151.

- Paris, J., Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, **42**, 482-487.
- Paris, J. (2004) Sociocultural factors in the treatment of personality disorders. In: Magnavita J. (ed.) *Handbook of personality disorders: Theory and practice*, New York, NY: Wiley, pp. 135–147.
- Parkinson, J.A., Cardinal, R.N., Everitt, B.J. (2000). Limbic cortical-ventral striatal systems underlying appetitive conditioning. *Progress in brain research*, **126**, 263-285.
- Perez-Rodriguez, M., Weinstein, S., New, A.S., et al. (2010). Tryptophan-hydroxylase 2 haplotype association with borderline personality disorder and aggression in a sample of patients with personality disorders and healthy controls. *J Psychiatr Res.*, **44**, 1075-1081.
- Perroud, N., Salzmann, A., Prada, P., Nicastro, R., Hoeppli, M.-E., Furrer, S., Ardu, S., Krejci, I., Karege, F., Malafosse, A. (2013). Response to psychotherapy in borderline personality disorder and methylation status of the BDNF gene. *Transl. Psychiatry*, **3**, e207.
- Pier, K. S., Marin, L. K., Wilsnack, J., Goodman, M. (2016). The neurobiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Times*, **33** (3), 1-3.
- Placidi, G.F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmani, I., Akiskal, H.S. (1998). The semi-structured affective temperament interview (TEMPS-I). Reliability and psychometric properties in 1010 14-26-year old students. *Journal of Affective Disorders* **47**, 1-10.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, **59** (5), 319-324.
- Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, **101**, 142-151.
- Prados, J., Stenz, L., Courtet, P., Prada, P., Nicastro, R., Adouan, W., Guillaume, S., Olié, E., Aubry, J.-M., Dayer, A., et al. (2015). Borderline personality disorder and childhood maltreatment: A genome-wide methylation analysis. *Genes Brain Behav.*, **14**, 177–188.

- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol*, **47**, 1102–1114.
- Prom-Wormley, E.C., Ebejer, J., Dick, D.M., Bowers, M.S. (2017). The genetic epidemiology of substance use disorder: A review. *Drug and alcohol dependence*, **180**, 241-259.
- Ralevski, E., Ball, S., Nich. C., Limoncelli, D., Petrakis, I. (2007). The impact of personality disorders on alcohol-use outcomes in a pharmacotherapy trial for alcohol dependence and comorbid Axis I disorders. *Am J Addict*, **16**, 443–449.
- Reed, G.M., First, M.B., Kogan, C.S., Hyman, S.E., Gureje, O., Gaebel, W., et al. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry*, **18** (1), 3-19.
- Rezzonico, G., Bisanti, R. (2005). I disturbi di personalità. *BARA B. Nuovo Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, 2.ma.
- Robbins, T.W., Everitt, B.J. (2002). Limbic-striatal memory systems and drug addiction. *Neurobiol Learn Mem.*, **8**, 625-636.
- Robertson, I. (1992). Elementi di sociologia. *Zanichelli editore*.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M. I., Salyers, M. P. et al. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American journal of public health*, **91**.
- Rutter M., Smith D. J. (1995) Psychosocial problems in young people, Cambridge, UK: *Cambridge University Press*.
- Sabo, A. N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of personality Disorders*, **11**, 50-70.
- Sayette, M.A., Shiffman, S., Tiffany, S.T., Niaura, R.S., Martin, C.S., Shadel, W.G., (2000). The measurement of drug craving. *Addiction*, **95**, S189-210.
- Sher, K.J., Bartholow, B.D., Wood, M.D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *J Consult Clin Psychol*, **68**, 818-829.
- Shorter, E. (1997) *A history of psychiatry*, New York, NY: Wiley.
- Sinha, R., & Easton, C. (1999). Substance abuse and criminality. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, **27**.

- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., Dyck, I.R., Stout R.L., et al. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *Am. J. Psychiatry*, **159**, 276–283.
- Steadman, H. J., Morris, S. M., & Dennis, D. L. (1995). The diversion of mentally ill persons from jails to community-based services: a profile of programs. *American journal of public health*, **85**(12), 1630-1635.
- Stern, A. (1938) Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, **7**, 467–489.
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **6**.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2023). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2022 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP23-07-01-006, NSDUH Series H-58). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2022-nsduh-annual-national-report>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: National GAINS Center, Technical Assistance and Policy Analysis (TAPA) Center for Jail Diversion, background. www.gainscenter.samhsa.gov/html/tapa/jail%20diversion/background.asp
- Svrakic, D.M., Whitehead, C., Przybeck, T.R., Cloninger, C.R. (1993). Differential diagnosis of personality disorders by the seven factor model of temperament and character. *Arch. Gen. Psychiatry*, **50**, 991–1000.
- Teplin, L.A. (1994). Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *American Journal of Public Health*, **84**, 290–293.
- Tiet, Q.Q., Mausbach, B. (2007). Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **31** (4), 513-536.
- Trull, T.J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: an empirical comparison. *J. Abnorm. Psychol.* **101**, 553–560.
- Trull, T.J., Durrett, C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, **1** (1), 355-380.

- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, **385**, 717-726.
- U.S. Department of Justice: Criminal victimization. Bureau of Justice Statistics, 1988
- United Nation Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2024
- Vasilenko, S.A., Evans Polce, R.J., Lanza, S.T. (2017). Age trends in rates of substance use disorders across ages 18 90: differences by gender and race/ethnicity. *Drug Alcohol Depend*, **180**, 260-264.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., Clark, L. (2008) Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, **32**, 777-810.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, *16*(5), 274-282.
- Vetulani, J. (2001) Drug addiction. Part II. Neurobiology of addiction. *Polish journal of pharmacology*, **53** (4), 303-318.
- Volkow N.D., Ding Y.S., Fowler J.S. et al. (1995). Is methylphenidate like cocaine? Studies on their pharmacokinetics and distribution in the human brain. *Arch Gen Psychiatry*, **52**.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Fowler, J.S., Gatley, S.J., Ding, Y.S., Logan, J. et al. (1996). Relationship between psychostimulant-induced "high" and dopamine transporter occupancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **93** (19), 10388-10392.
- Volkow, N.D., Fowler, J.S., Wang, G.J., Goldstein, R.Z. (2002). Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies. *Neurobiol Learn Mem*, **78**, 610-624.
- Volkow, N.D., Swanson, J.M. (2003) Variables that affect the clinical use and abuse of methylphenidate in the treatment of ADHD. *American Journal of Psychiatry*, **160** (11), 1909-1918.
- Volkow N.D., Morales M. (2015). The brain on drugs: from reward to addiction. *Cell*, **162**.

- Volkow, N. D., & Baler, R. (2015). Beliefs modulate the effects of drugs on the human brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, **112**, 2301-2302.
- Volkow, N. D., Wise, R. A., & Baler, R. (2017). The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, **18**, 741-752.
- Volkow, N.D., Blanco, C. (2023). Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*, **22** (2), 203-229.
- Walter, M., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., ... & Skodol, A. E. (2009). New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over 7 years of follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*, **104**(1), 97-103.
- Weiss, F., Ciccocioppo, R., Parsons, L.H., Katner, S., Liu, X., Zorrilla, E.P., Valdez, G.R., Ben Shahar, O., Angeletti, S., Richter, R.R. (2001). Compulsive drug-seeking behavior and relapse. Neuroadaptation, stress, and conditioning factors. *Annals of New York Academy of Science*, **937**, 1 – 26.
- Wexler, B.E. (2006) *Brain and culture: Neurobiology, ideology, and social change*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Degenhardt, L., Feigin, V., Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*, **10**, e0116820.
- Whiteside, S.P., Lynam, D.R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Individ Differ.*, **30**, 669–689.
- Widiger, T.A., Crego, C. (2019) The Five Factor Model of personality structure: an update. *World Psychiatry*, **18** (3), 271-272.
- Widiger, T.A., Weissman, M.M. (1991) Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric services*, **42** (10), 1015-1021.

- Wiers C.E., Shokri Kojori E., Cabrera E. et al. (2016). Socioeconomic status is associated with striatal dopamine D2/D3 receptors in healthy volunteers but not in cocaine abusers. *Neurosci Lett*, **617**.
- Wiggins, J.S., Pincus, A. (1989). Conceptions of personality disorder and dimensions of personality. *Psychol. Assess.* **1**, 305–316.
- World Health Organization. (2022). ICD APIs.
- Young, S.E., Rhee, S.H., Stallings, M.C., Corley, R.P., Hewitt, J.K. (2006). Genetic and environmental vulnerabilities underlying adolescent substance use and problem use: general or specific? *Behav Genet.*, **36**, 603–615.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, *155*(12), 1733-1739.
- Zhou, Z., Enoch, M.A., Goldman, D. (2014). Gene expression in the addicted brain. *Int Rev Neurobiol.*, **116**, 251–273.
- Ziedonis, D.M., Smelson, D., Rosenthal, R.N., et al. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatr Pract.*, **11**, 315–339.
- Zinberg, N. E., Harding, W. M., Winkeller, M. (1977). A study of social regulatory mechanisms in controlled illicit drug users. *Journal of Drug Issues*, *7* (2), 117-133.

Ringraziamenti

Sono molto felice di essere arrivata in fondo a questi intensi due anni universitari.

In generale, mi rendo conto di quanto sono fortunata ad aver avuto la possibilità di studiare e di incontrare tante persone che mi hanno fatto riflettere e che mi hanno ispirata. Sono grata di essere stata a Buenos Aires e aver frequentato la UBA, è stata un'esperienza che mi ha insegnato moltissimo. Oltre al livello altissimo della formazione e del contatto umano, mi sono riconnessa con una parte importante di me stessa e senza l'università probabilmente non sarebbe stato possibile. Ho ancora tanta strada da fare dentro e fuori di me, ma posso dire di essere soddisfatta della scelta che ho fatto.

Devo ringraziare anche la mia famiglia, che mi sostiene per la persona che sono e mi fa vedere il lato positivo delle cose. Mia mamma, che è sempre pronta a donarmi le sue opinioni sincere, il suo prezioso tempo e attenzione, la sua visione del mondo. La ringrazio anche perché mi ha donato anche un po' della sua spontaneità e esuberanza. Mio papà, che è la persona che mi apre gli occhi con poche parole e su cui posso contare, che mi ricorda che bisogna immaginare. Mio fratello, che ammiro tanto per la sua immensa gentilezza, curiosità e immaginazione, che mi aiuta a mettere ordine e calma. Mia sorella, per essere il mio specchio, così speciale, divertente e in gamba, che mi ha aiutata tanto quando ero lontana da casa e un po' più vicina alla sua. Mio cugino, per le suonate e le chiacchierate infinite e le risate. Mia zia e mio zio, per avermi portato a conoscere dei luoghi pieni di potenza, di cui bisogna avere cura. Mia zia e mio zio, per i loro racconti, per custodire tanto amore e perché non hanno paura di essere chi sono e questo mi ispira tanto.

Ringrazio anche Bianca che mi è stata tanto vicino in questi ultimi anni, per la sua dolcezza, per la sua visione diversa dalla mia.

Ringrazio i miei amici, perché ogni volta che li rivedo mi sento a casa. Ringrazio il Diri, che mi ha salvata.

Ringrazio per quello che ora inizia.

