

## I DISTURBI PSICHIATRICI DI ASSE I E ASSE II (DSM IV) NELL'ALCOLDIPENDENZA

Fabio Madeddu<sup>1,2</sup>, Maria Grazia Movalli<sup>2</sup>, Antonio Prunas<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Facoltà di Psicologia Università Vita-Salute-Ospedale San Raffaele Milano*

<sup>2</sup> *Dipartimento di Scienze Neuro-Psichiche-Ospedale San Raffaele Milano*

La pratica clinica dimostra fenomeni di comorbidità molto frequenti tra alcolismo e disturbi psichiatrici e ciò trova conferma nei dati epidemiologici che quantificano la frequenza della loro associazione.

Tali dati però non sempre presentano una perfetta omogeneità e talvolta sono rilevabili discrepanze notevoli tra le stime presentate dai diversi studi; ciò è riconducibile ai differenti metodi di ricerca, alle specifiche caratteristiche dei campioni esaminati (es. pazienti ricoverati / ambulatoriali) e all'affidabilità degli strumenti su cui si basa la diagnosi psichiatrica.

Esaminando alcuni studi sull'argomento pubblicati negli ultimi dieci anni in area DSM IV ma non solo, emerge chiaramente un'associazione significativa tra alcolismo e altri disturbi psichiatrici, unanimemente evidenziata da tutte le ricerche(1).

**Tab.1 ALCOLISMO E COMORBILITÀ PSICHIATRICA (DSM)**

Autori	Anno	Comorbidità Psichiatrica Totale : Asse I + Asse II	Strumento	Camp. att. Camp.
Regier et al. (2)	1990	36.6%	DIS	
Herz et al. (3)	1990	55%	DIS (DSM III)	Inpatients
Penick et al.(4)	1994	62%	PDI	Inpatients
Lastrico et al.(5)	1996	18.61%	DSM-III-R	Inpatients
Tomasson et al.(6)	1996	67%	DIS (DSM III)	Inpatients
Driessen et al.(7)	1998	57% (Solo Asse I 24%)	CIDI	Inpatients

L'intero spettro psicopatologico può accompagnare condotte di abuso e dipendenza da alcol; in particolare si individuano quattro categorie nosografiche: Disturbi Affettivi, Disturbi d'Ansia, Disturbi Psicotici e, ovviamente, Disturbi da Uso di altre sostanze psicoattive.

Rilevanti sono anche le stime di comorbidità con i Disturbi di Asse II seppure inferiori a quelle che si riscontrano in altre popolazioni di abusatori di sostanze come cocainomani ed eroinomani (8).

Bisogna inoltre tenere in considerazione la relazione rilevante tra Alcolismo e Disturbi Mentali Organici (in particolare le Demenze) la cui trattazione esula dagli obiettivi di questo contributo.

Sia i Disturbi Psichiatrici che l'Alcolismo sono fenomeni clinici frequenti nella popolazione e pertanto destinati a sovrapporsi secondo diverse modalità; quindi, una volta accertati il tipo di patologie psichiatriche presenti in comorbidità con l'alcolismo e l'intensità della loro relazione con esso, resta da chiarire se tali disturbi siano antecedenti o conseguenti al bere problematico.

Un'attenta valutazione di questo aspetto è di capitale importanza anche per i suoi risvolti teorici e pratici: dirimere tale dubbio potrebbe portare alla definizione di una teoria etiopatogenetica di tali disturbi e alla individuazione di modelli di intervento terapeutico ad hoc.

Se prendiamo in considerazione una selezione di studi relativi a questo argomento, possiamo tuttavia soltanto concludere che non è possibile definire con certezza e in maniera univoca quale dei due disturbi sia primario.

Kessler et al. hanno rilevato, ad esempio, che nel loro campione la maggior parte dei soggetti che presentavano, oltre ad alcolismo, almeno un disturbo psichiatrico in comorbilità, riferivano che il bere problematico era insorto successivamente ad uno di questi (9). Tali dati sono in contrasto con ricerche prospettiche condotte in precedenza e relative soprattutto a Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore (10). La questione appare quindi di difficile soluzione seppure tutti gli studi mettano in rilievo che molte patologie psichiatriche possono essere o all'origine o conseguenza del bere problematico e, indipendentemente da quale sia la patologia primaria, questa influenzerà significativamente l'insorgere, il decorso e il mantenimento nel tempo dell'altra. Nel caso in cui compaia per primo un disturbo psichiatrico, il soggetto sarà esposto ad un alto rischio di sviluppare condotte di abuso e dipendenza da alcol anche come tentativo di autoterapia, allo scopo di alleviare la propria sofferenza psichica sfruttando l'effetto dell'alcol come sostanza farmacologica; in questo caso l'alcolismo si presenta come una complicazione del quadro clinico della patologia primaria.

In altri casi è invece il bere problematico a influenzare l'esordio di un disturbo psichiatrico; infatti, se l'alcolismo esordisce per primo, il soggetto avrà un'alta probabilità di manifestare disturbi mentali indotti dall'alcol oppure veri e propri disturbi psichiatrici per i quali presenti una suscettibilità slatentizzata dal ricorso alla sostanza.

E' quindi evidente l'influenza reciproca che queste due categorie diagnostiche esercitano l'una sull'altra ed è inoltre interessante osservare l'assoluta assenza di un vero rapporto di causa-effetto: le dizioni di Alcolismo Primario e Secondario usate in passato appaiono pertanto delle semplificazioni eccessive che mantengono soltanto una certa utilità "discorsiva". La presenza di uno dei due disturbi non è mai vincolante per la comparsa dell'altro pur rappresentando un fattore di rischio che, solo in presenza di altri fattori di rischio concomitanti (specifiche caratteristiche di personalità, fattori genetici, disponibilità ambientale della sostanza, fattori sociali e familiari ecc.), innalzerà sempre di più la probabilità di ammalare.

La presenza di molteplici fattori di rischio che agiscono sinergicamente come con-cause per lo sviluppo di condotte di dipendenza assume particolare rilevanza alla luce del dibattito ancora fervente sulle cause dell'alcolismo.

In passato, l'etiopatogenesi e la terapia dell'alcolismo sono stati oggetto di dispute molto accese tra varie discipline che si contendevano la spiegazione dell'origine della patologia e proponevano di conseguenza specifici interventi terapeutici.

Tralasciando per ora i modelli psicodinamici dell'alcolismo, altri due modelli hanno riscosso un certo consenso: quello morale e quello medico (11).

Il modello morale considera gli alcolisti completamente responsabili della loro condizione in quanto edonisti e interessati esclusivamente alla ricerca del proprio piacere senza alcuna preoccupazione per gli altri.

Il modello della malattia, invece, solleva l'alcolista dalla responsabilità morale per la propria condizione in quanto interpreta l'alcolismo come il riflesso di una predisposizione innata alla dipendenza mentre il contributo dei fattori psicologici viene minimizzato.

All'interno di questo secondo modello si colloca anche la prospettiva psichiatrica tradizionale; la Psichiatria concepiva infatti l'alcolismo come sintomo di un sottostante disturbo che, causando disagio e sofferenza psichica, avrebbe indotto il soggetto a cercare sollievo nell'uso di alcol aprendo la strada a condotte di abuso e quindi di dipendenza.

Tuttavia, questo approccio che prevede un'etiologia unifattoriale è stato oggetto di diverse critiche e non ha retto all'evidenza clinica; infatti, non solo non tutti i pazienti con disturbi psichici vengono a sviluppare alcolismo ma neppure tutti i pazienti psichiatrici che cercano sollievo nell'alcol ne diventano necessariamente dipendenti.

L'approccio terapeutico derivato da questo modello concettuale prevedeva che per la cura dell'alcolismo fosse essenziale la risoluzione completa del disturbo psichiatrico primario che diventa quindi l'oggetto esclusivo del programma terapeutico: il sintomo alcolismo non viene quindi trattato in maniera diretta sotto l'assunto che sarebbe regredito spontaneamente a seguito di un corretto trattamento del disturbo che ne aveva indotto la comparsa.

Oggi è comunemente accettato che gli approcci unifattoriali non sono sufficienti a inquadrare il fenomeno alcolismo nella sua complessità; tale fenomeno appare a tal punto variegato che alcuni autori hanno proposto di sostituire al termine Alcolismo quello di Bere Problematico ("Drinking Problems") intendendo così tutta una serie di condotte che vanno ben al di là dell'immagine dell'alcolista radicata nel senso comune (12).

Proprio i limiti degli approcci mono-deterministici hanno portato alla formulazione di ipotesi etiologiche multifattoriali che considerano l'alcolismo non più come un sintomo di un sottostante disturbo ma come il risultato dell'azione cumulativa e interattiva di un'ampia gamma di fattori di rischio che in un certo soggetto e in un certo momento della sua vita personale, familiare e sociale sono in grado di condurlo alla dipendenza fisica e psicologica dalla sostanza.

In questa prospettiva l'alcolismo è sempre da considerarsi secondario non rispetto ad una singola causa ma piuttosto rispetto ad un substrato multifattoriale all'interno del quale si individuano fattori predisponenti che stanno alla base della vulnerabilità individuale allo sviluppo di condotte di dipendenza, fattori scatenanti che attivano la suscettibilità individuale e fattori di mantenimento che cronicizzano nel tempo la condotta di dipendenza e l'alimentano.

Ciascuna delle categorie nosografiche più frequentemente associate al bere problematico verrà ora passata in rassegna separatamente e verranno illustrati i suoi specifici rapporti con le condotte di abuso. Essendo il nostro gruppo per tradizione particolarmente legato allo studio della patologia della personalità, sarà proprio a quest'area che verrà dato maggiore risalto.

## ALCOLISMO E DISTURBI DELL'UMORE

I bevitori problematici vanno spesso incontro a stati depressivi che possono essere determinanti per la formulazione di una domanda di aiuto; tuttavia la reale natura della relazione tra i due disturbi non è ancora stata completamente chiarita trattandosi di un'associazione estremamente complessa sia da un punto di vista diagnostico che speculativo.

Tralasciando i problemi terminologici relativi a ciò che si debba intendere con il termine Depressione, è infatti possibile rilevare sia una Depressione secondaria al bere problematico (Disturbo dell'Umore Indotto da Alcol, DSM IV) sia un vero Disturbo dell'Umore complicato dall'Abuso e/o dalla Dipendenza da Alcol.

Alcune ricerche sembrano confermare che la depressione può precedere uno stato di dipendenza da alcol o un abuso di alcol soprattutto nelle donne; particolarmente a rischio sarebbero inoltre i soggetti con una familiarità positiva per il bere problematico e in cui la condotta di abuso si instauri molto precocemente (13).

Sintomi depressivi si manifestano frequentemente anche durante l'astinenza soprattutto dopo periodi molto prolungati di assunzione intensa; quadri di questo tipo mostrano una tendenza spontanea alla remissione già dopo due-tre settimane di sobrietà anche se, in alcuni casi i sintomi possono persistere o fare la loro comparsa più tardivamente nel corso della sindrome astinenziale (12).

Infine, la frequente associazione tra Depressione e Dipendenza Alcolica ha sollevato la questione della possibile esistenza di un substrato genetico comune per i due disturbi. Ricerche empiriche indicano tuttavia che, nonostante una consistente componente familiare accomuni i due disturbi, questi vengono trasmessi in maniera indipendente; un legame genetico parziale è stato ipotizzato esclusivamente nelle donne (14, 15).

### Tab. 2 PREVALENZA DI DISTURBI DELL'UMORE IN PAZIENTI ALCOLISTI

(\*) Prevalenze life-time

Autori	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al.(2)	1990	13.4%*	DSM III
Herz et al.(3)	1990	Depressione 21% Distimia 11%	DIS (DSM III)
Nurnberg et al. (16)	1993	34% (Dep. Mag. 26%, D. Bipolare 8%)	SCID (DSM-III-R)
Tomasson et al. (6)	1996	24% (14% Distimia 3% Dep. Magg. Ricor.)	DIS (DSM III)
Kessler et al. (9)	1997	35%* Depressione 31%* Distimia 14%*	DSM III-R
Driessen et al. (7)	1998	19.2% (Distimia 11,6% Dep. Magg. Ric. 10%)	CIDI (DSM III-R)

A completamento della tabella sopra-esposta, altre ricerche hanno rilevato, di converso, la prevalenza di condotte di abuso e di dipendenza da alcol in pazienti affetti da Disturbi

Affettivi: Regier et al. hanno registrato, ad esempio, in tali pazienti, una prevalenza pari al 14,9% (2).

### ALCOLISMO E DISTURBI D'ANSIA

Sono molti gli studi che dimostrano l'esistenza di una associazione fra disturbi ansiosi e problemi legati all'alcol e si stima che nell'ambito della popolazione clinica circa un terzo di bevitori problematici soffrano di ansia (12).

**Tab. 3 PREVALENZA DI DISTURBI D'ANSIA IN PAZIENTI ALCOLISTI**

(\*) Prevalenze life-time

Auto i	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al. (2)	1990	<b>Disturbi d'Ansia 19 %*</b>	DSM III
Herz et al. (3)	1990	Fobie Specifiche 14%, Fobia Sociale 13%, Agorafobia 12%, Attacco di Panico 6.8%	DIS
Nurnberg et al. (16)	1993	DAP 16%, DAG 4%, Fobia Sociale 18%, Fobie Specifiche 14%	SCID I
Tomasson et al. (6)	1996	<b>Disturbi d'Ansia 37%</b> , DAG 26%, Fobie Specifiche 13%, Fobia Sociale 17%, DAP 5%	DIS
Kessler et al. (9)	1997	<b>Disturbi d'Ansia 43%*</b> , DAG 10%*, DAP 6%*, Fobia Sociale 22%*, Fobie Specifiche 19%*	DSM-III-R
Driessen et al. (7)	1998	<b>Disturbi d'Ansia 34%</b> , DAP 2%, DAG 3%, Fobia Sociale 12,8%, Fobie Specifiche 16,4%	CIDI

La spiegazione più semplice per le condotte di dipendenza nel contesto dei Disturbi d'Ansia è riconducibile ancora una volta al concetto di automedicazione. I sintomi di tali disturbi (quali ad esempio la Fobia Sociale o l'Agorafobia) possono determinare un grave disagio soggettivo e una drastica compromissione delle capacità di funzionamento in ambito sociale. Di conseguenza l'utilizzo incongruo di sostanze con effetto ansiolitico e disinibente (soprattutto se di facile reperibilità, come appunto nel caso dell'alcol) rappresenta un evento tutt'altro che raro e frequentemente sfocia in quadri di abuso e dipendenza; talvolta più sostanze possono essere utilizzate contemporaneamente a scopo di automedicazione alimentando meccanismi di rinforzo crociati (come ad esempio alcol e BDZ).

Esiste però anche un'altra possibilità, seppure meno frequente: l'assunzione o la sospensione di sostanze psicoattive può infatti rappresentare, di per sé, il fattore scatenante di quadri sindromici riconducibili all'ansia. Tale problema è particolarmente rilevante soprattutto per il Disturbo da Attacchi di Panico (DAP). Nei quadri di astinenza da etanolo non complicata possono presentarsi, infatti, svariati sintomi di ansia fino ad un quadro conclamato di panico. Tali quadri clinici potrebbero essere sottesi da un meccanismo di kindling, definito come risposta neuronale di intensità progressivamente maggiore a seguito dell'applicazione prolungata di uno stimolo costante, quali ad esempio una serie di impulsi elettrici ad alta frequenza (17).

Nel momento in cui quest'ultima possibilità venga sospettata, diventerà indispensabile indagare il tipo di sostanza utilizzata, le modalità e i tempi di assunzione e approfondire le relazioni temporali fra le due condizioni. In particolare, sapere se la sintomatologia ansiosa si è presentata a seguito dell'assunzione, della riduzione o della sospensione di una data sostanza assume un valore notevole al fine di discriminare tra una reazione alla sostanza e una slatentizzazione di un DAP. Nel primo caso, ad esempio, particolare attenzione andrà posta su un'eventuale sindrome di astinenza da etanolo o ansiolitici mentre nel secondo caso l'assunzione di una sostanza psicostimolante può aver attivato una vulnerabilità al DAP. Naturalmente, considerate le ipotesi genetiche riguardanti il DAP e la sua frequente aggregazione familiare, un'accurata anamnesi familiare può rappresentare un supporto alla diagnosi in caso di riscontro positivo; d'altra parte, un'anamnesi familiare negativa non permette di escludere ragionevolmente una diagnosi di DAP.

Il riscontro, tra i familiari di alcolisti, di una prevalenza di Disturbi d'Ansia significativamente maggiore di quella che ci si potrebbe aspettare sulla base della pura causalità, ha indotto a ipotizzare la possibilità di substrati di suscettibilità simili per Alcolismo e DAP e a teorizzare perfino un comune assetto genetico. Successivi studi tuttavia non sono stati in grado di supportare tali ipotesi suggerendo la necessità di nuove indagini e di ipotesi di lavoro alternative.

### **ALCOLISMO E DISTURBI PSICOTICI**

Negli ultimi vent'anni si è registrato un aumento sensibile dei casi di pazienti con diagnosi doppia di grave disturbo mentale e Disturbo da Uso di Sostanze. Questa relazione è confermata sia dalle prevalenze di disturbi schizofreniformi rilevate in campioni di alcolisti (Tab.4) sia, all'inverso, dalla frequenza con cui il bere problematico si registra in campioni di pazienti psicotici. Nell'ambito dell'Epidemiologic Catchment Area Study, Regier e coll. hanno rilevato che il 47% dei soggetti che presentavano una diagnosi life-time di Schizofrenia o Disturbi Schizofreniformi (cioè soggetti che rientravano nei criteri diagnostici della Schizofrenia nell'arco della vita e non soltanto nell'hinc et nunc dell'assessment diagnostico) soddisfacevano anche i criteri per un Disturbo da Uso di Sostanze; in particolare il 33.7% presentava un Disturbo da Uso di Alcol (24% Dipendenza, 9.7% Abuso) (2).

I pazienti schizofrenici riferiscono che l'utilizzo di sostanze permette loro di alleviare la disforia, la noia, l'ansia, l'isolamento e il senso di vuoto; inoltre, sembra che molti pazienti inizino ad abusare di droghe e alcol prima dell'esordio della malattia mentale e in molti casi continuino a farne uso nonostante tale comportamento possa aver contribuito all'insorgenza dei loro disturbi psicotici (18).

Particolarmente difficile risulta quindi il processo di valutazione diagnostica in tali pazienti poiché molte intossicazioni acute o sindromi di astinenza possono essere fenomenologicamente simili ad un disturbo psicotico.

**Tab. 4 PREVALENZA DI DISTURBI PSICOTICI IN PAZIENTI ALCOLISTI***(\*) Prevalenza life-time*

Autoi i	Anno	Prevalenza	Strumento
Regier et al. (2)	1990	Schizofrenia 3.8%*	DSM III
Herz et al. (3)	1990	Schizofrenia 2.7%	DIS
Nurnberg et al. (16)	1993	Schizofrenia 2%; Disturbo Schizoaffettivo 4%	SCID I
Tomasson et al. (6)	1996	Schizofrenia 2%	DIS
Driessen et al. (7)	1998	Disturbi Schizofreniformi 0.8%	CIDI

**ALCOLISMO E DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS**

Già a partire dagli anni '70, una nuova ondata di interesse ha investito il ruolo di eventi traumatici nella genesi di varie forme di disagio psichico. Questo filone ha prevalentemente posto l'attenzione su eventi altamente stressanti (come catastrofi naturali o abusi sessuali) e ha portato alla definizione clinica del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) che compare nelle tre più recenti edizioni del DSM (DSM-III, DSM-III-R e DSM IV)(1, 19, 20, 21). Da un punto di vista strettamente sintomatologico, una distinzione può essere fatta tra le componenti primarie e secondarie del disturbo. Le prime si caratterizzano per una diretta correlazione con l'evento stressante come pensieri intrusivi relativi all'evento stesso, incubi notturni, flashback, illusioni oltre a una sensazione di malessere che accompagna la ri-esposizione a situazioni collegate in maniera diretta o per via simbolica all'evento. Tali sintomi di natura intrusiva si accompagnano a ritiro sociale, appiattimento dell'affettività, sensazione di estraneità e ad amnesia psicogena. Infine, sono spesso presenti comportamenti di evitamento, iper-reattività agli stimoli, irritabilità e tendenza all'esplosività.

I sintomi secondari sono meno specifici e riconducibili allo stato di ansia e depressione che caratterizza il paziente traumatizzato.

Ricerche empiriche su tale sindrome hanno evidenziato una notevole frequenza di abuso di alcol nei pazienti che ne sono affetti come tentativo di controllare la sintomatologia post-traumatica; la prevalenza life-time di PTSD in pazienti alcolisti è stimata da Kessler e coll. intorno al 15% mentre, all'inverso, una percentuale compresa tra il 60 e l'80% di pazienti con PTSD presentano una qualche forma di abuso o dipendenza da alcol o altre sostanze (9, 22, 23). In tale prospettiva, il ricorso all'alcol rappresenta un tentativo di auto-medicazione e risulta efficace nell'indurre sonnolenza, ridurre lo stato d'ansia, attenuare la tensione muscolare e sopprimere il sonno REM (fase nella quale si verificano gli incubi). Inizialmente, quindi, l'alcol è utile per ridurre i sintomi ma con l'uso continuativo, l'instaurarsi della tolleranza comporta un'assunzione sempre più massiccia e con l'andare del tempo l'alcol può finire paradossalmente per esacerbare i sintomi disturbanti che ne avevano, in un primo momento, giustificato l'utilizzo.

**ALCOLISMO E DISTURBI DI PERSONALITÀ**

I primi tentativi di inquadramento diagnostico dell'alcolismo hanno portato ad una sua stretta associazione con la patologia della personalità: è questa la strada percorsa dalla prima edizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders che,

accorpendo l'abuso di sostanze al Disturbo Sociopatico, contribuisce alla definizione di una vera e propria "Addictive Personality" (24).

Nell'edizione successiva del medesimo manuale Alcolismo e Tossicomania non sono più classificati alla stregua di Disturbi di Personalità ma, insieme alle Devianze Sessuali e ai Disturbi di Personalità propriamente detti, vengono inseriti nella sezione "Disturbi di Personalità e altri Disturbi Mentali non Psicotici" (25).

Soltanto a partire dalla terza edizione del DSM, con l'introduzione di una prospettiva multi-assiale per la classificazione dei disturbi mentali, il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e i Disturbi di Personalità (DP) vengono nettamente separati e distinti, al punto di essere collocati su due assi differenti, rispettivamente il primo e il secondo (19).

Il secondo Asse viene strutturato intorno a tre Cluster che raccolgono i dieci Disturbi di Personalità previsti (DSM IV) sulla base di somiglianze sintomatologiche: il Cluster A (Disturbi Paranoide, Schizoide e Schizotipico di Personalità) si caratterizza per "ritiro sociale e stranezza comportamentale", il Cluster B (Disturbi Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico di Personalità) è contraddistinto da "instabilità, drammaticità ed esagerata manifestazione delle emozioni" e infine il Cluster C (Disturbi Dipendente, Evitante e Ossessivo-Compulsivo di Personalità) si presenta con "ansia, sottomissione ed evitamento" (1).

Questa soluzione ha avuto il merito di conferire risalto ai DP e alla necessità di considerare, in sede diagnostica, il loro possibile impatto sulle sindromi cliniche di Asse I; tuttavia, seppure venga riconosciuto il principio della totale indipendenza delle diagnosi e quindi la possibilità che possano coesistere in qualsiasi combinazione, l'adozione di una prospettiva ateoretica lascia aperti molti interrogativi relativi alla reale natura della relazione fra le due categorie nosografiche in questione.

Inoltre, la definizione clinica di un Disturbo da Dipendenza da Alcol non deve indurre nell'errore di considerare l'alcolismo un'entità monolitica e unitaria e molti autori hanno messo in guardia contro tale rischio. Come ha recentemente sostenuto Gabbard, l'alcolismo è da considerarsi "come punto di arrivo di una complessa interazione di carenze strutturali, predisposizione genetica, influenze familiari, contributi culturali e altre diverse variabili ambientali" (11). L'abuso e la dipendenza da alcol non dovrebbero pertanto essere considerati di per sé, ma piuttosto come fenomeni variegati, complessi e multideterminati che si declinano in una specifica *persona*; come ha suggerito Donovan, sarebbe pertanto più appropriato parlare di Alcolismi (26).

Queste osservazioni danno ragione della necessità di indagare in maniera approfondita i rapporti tra caratteristiche di personalità e abuso di sostanze.

## **LA RICERCA EMPIRICA**

La ricerca empirica in questa prospettiva, pur dimostrando una consistente comorbilità tra DUS e DP, ha messo in evidenza una relazione complessa tra le due categorie nosografiche smentendo l'ipotesi dell'esistenza di una Addictive Personality cioè di un substrato personologico ben definito che accomuni tutti gli alcolisti (o, più in generale, i tossicomani) e li predisponga al ricorso alla sostanza.

Una review dei principali studi sulla co-presenza di DP e Alcolismo condotti tra il 1985 e il 2000 (si veda Tab. 5) permette di rilevare una elevata prevalenza di DP nella popolazione di pazienti con Dipendenza da Alcol; le stime oscillano tra l'11 e l'81%.

La complessità della relazione tra Alcolismo e DP sembra essere confermata dalla eterogeneità delle diagnosi di Asse II associate alla Dipendenza da Alcol; non sorprende tuttavia che le maggiori stime si ottengano per i Disturbi di Personalità del Cluster B, tradizionalmente associati all'impulsività, all'instabilità affettiva e a un'identità fragile. Proprio in virtù di tali caratteristiche, questi pazienti sono portati a ricorrere all'alcol e ad altre sostanze psicoattive per compensare deficit nella loro struttura di personalità, per colmare la sensazione cronica di noia e vuoto (come nei pazienti Borderline) o per compensare bisogni di onnipotenza frustrati (nel paziente Narcisista).

In particolare, risulta rilevante la presenza del Disturbo Borderline e del Disturbo Antisociale di Personalità; la loro relazione con il ricorso a sostanze di abuso è confermata, all'inverso, anche da studi condotti su pazienti Borderline e Antisociali nei quali vengono registrate prevalenze di DUS fino al 75% per i primi (mono-abuso di alcol 36,5%) e fino al 95% per i secondi (mono-abuso di alcol 34%) (58).

L'elevata prevalenza con cui si rilevano Disturbi di Personalità in pazienti abusatori di sostanze ha sollevato in alcuni autori seri dubbi sulla validità e sull'utilità della distinzione tra Disturbi di Asse I e di Asse II in questo tipo di pazienti; si ipotizza pertanto l'esigenza di ritornare ad una classificazione analoga a quella proposta dalla prima edizione del DSM (24, 46).

Lo stretto rapporto tra DUS e DP sembra essere confermato anche da un'altra considerazione. Il ricorso continuativo e massiccio a sostanze psicoattive può indurre alla lunga pattern comportamentali simili a quelli che risultano di rilevanza diagnostica per i Disturbi di Personalità del Cluster B secondo il DSM IV (tra questi il mentire, attività criminali per procurarsi la sostanza, manipolazione degli altri, mancanza di senso di responsabilità, egocentricità, sentimenti di superiorità, esagerata espressione delle emozioni, mancanza di reale emotività, repentini cambiamenti di umore). A tale proposito, è stata evidenziata l'impossibilità di appurare con certezza se tali pattern comportamentali siano da considerarsi un epifenomeno risultante dall'uso della sostanza o siano piuttosto espressione di tratti caratteristici della personalità pre-esistenti rispetto alla condotta di abuso e predisponenti ad essa. Tale questione appare persino più inestricabile per le droghe, quali ad esempio l'eroina, il cui abuso ha inizio in età giovanile cioè in un momento in cui la personalità dell'individuo è ancora in piena formazione.

Tuttavia, un tentativo di risoluzione di tale controversia è stato messo in atto con l'introduzione, per la diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità secondo il DSM IV, di un criterio apposito che richiede la presenza in età infantile di Disturbo della Condotta (1).

Inoltre, in un contributo recente, Verheul e coll. hanno evidenziato come la diagnosi di alcuni disturbi di Asse I (in particolare Disturbi d'Ansia e Disturbi dell'Umore) ma non dei Disturbi di Personalità in pazienti abusatori di sostanze possa effettivamente riflettere un artefatto indotto dalla sostanza stessa e dai suoi effetti sull'individuo (59).

E' stata sovente osservata in pazienti alcolisti una maggiore comorbilità di DP rispetto a campioni di controllo; i pazienti alcolisti soddisferebbero cioè più spesso che soggetti non abusatori i criteri di appartenenza a più di una categoria diagnostica nell'ambito della patologia della personalità (56, 60). Gli studi esaminati riportano la presenza media di 2/3 DP in tali pazienti con una elevata comorbilità entro il Cluster B (16, 46, 54, 56).

Questa osservazione rientra nel più generale dibattito, ancora fervente, tra sostenitori di una prospettiva categoriale e fautori di un approccio dimensionale alla classificazione dei Disturbi di Personalità (61).

Infine, ci sembra importante sottolineare alcuni problemi di carattere metodologico. Le ampie oscillazioni nelle stime di prevalenza dei diversi studi e la non perfetta sovrapposibilità dei risultati possono essere ricondotte ad una serie di fattori che rendono le ricerche stesse non completamente confrontabili; tali fattori sono rappresentati dalle caratteristiche dei campioni sotto esame (dimensioni del campione, inpatients/outpatients), dai metodi stessi di campionamento e dalle proprietà psicometriche degli strumenti utilizzati per la diagnosi (interviste strutturate, semi-strutturate e strumenti non standardizzati).

Verheul et al. hanno individuato tre variabili che possono influenzare la prevalenza osservata di disturbi di personalità in un campione di alcolisti in trattamento: fattori di campionamento (setting, sostanza principale di abuso, sesso ed età), criteri diagnostici e procedure di assessment (62).

La loro ricerca ha dimostrato che sono quattro le variabili che maggiormente incidono sulla rilevazione:

- *Età*: è stata cioè osservato un calo progressivo della prevalenza di Disturbo Antisociale di Personalità passando da gruppi di età inferiore verso gruppi di età maggiore;
- *Sesso*: il Disturbo Istrionico di Personalità risulta essere considerevolmente più frequente nelle donne che non negli uomini;
- *Metodo di Assessment*: i questionari autosomministrati e le interviste strutturate determinano le maggiori stime di prevalenza, seguiti da interviste semistrutturate e interviste cliniche;
- *Momento in cui la rilevazione viene effettuata*: si ottengono stime di prevalenza maggiori quando la diagnosi di personalità viene effettuata nelle fasi più precoci del trattamento piuttosto che in quelle più avanzate.

Il problema della personalità del paziente alcolista assume rilevanza anche in funzione della pianificazione dell'intervento terapeutico, condizionando in maniera determinante l'adesione al contratto e la compliance al trattamento stesso.

Diversi studi hanno rilevato alti rischi di drop out dal trattamento per DUS in pazienti con Disturbo Antisociale di Personalità nonché una maggiore gravità della condotta di dipendenza in tali pazienti e una ridotta risposta al trattamento.

Movalli et al. hanno anche descritto una significativa associazione tra drop out e Disturbo Borderline di Personalità e, più in generale, per tutti i Disturbi di Personalità appartenenti Cluster B (54). In termini generali è plausibile che la presenza ed il tipo di Disturbo di Personalità possa influenzare anche l'approccio psicoterapico, per esempio nella scelta di un trattamento individuale o di gruppo (63)

## **APPROCCI TEORICI**

Nel tentativo di dirimere il problema della relazione tra alcol e personalità, sono stati elaborati diversi approcci speculativi che possono essere ricondotti a due aree principali: quella psicologica e quella genetico-biologica.

## **Il contributo della psicologia**

L'approccio psicologico all'alcolismo ha risentito considerevolmente dell'influenza della prospettiva psicoanalitica classica.

I primi contributi in tale contesto, hanno prevalentemente posto l'accento sul ruolo della pulsione libidica enfatizzando pertanto la natura conflittuale della pulsione al bere: la sostanza di abuso è concepita come lo strumento per gratificare desideri inconsci mantenendoli al di fuori della coscienza e proteggendo così il soggetto dall'ansia che essi elicitano (64).

Inizialmente Freud ha definito la masturbazione "droga primaria" individuando un'associazione tra tossicodipendenza e perversioni sessuali che ancora oggi trova credito tra alcuni autori, in particolare per quanto riguarda l'omosessualità (65, 66).

In seguito, lo stesso Freud si accosta al problema della dipendenza da sostanze psicoattive considerando espressione di una regressione ad uno stadio pre-genitale (orale) dello sviluppo psicosessuale; il ricorso alle sostanze di abuso viene motivato con il bisogno di trovare gratificazione ad impulsi orali resi salienti da una *costituzionale* intensificazione della sensibilità erogena della zona labiale; da qui deriverebbe il carattere incoercibile e coatto della condotta di abuso e l'assoluta incapacità dell'alcolista a dilazionare nel tempo e posticipare la soddisfazione di tali bisogni (67).

Maggior risalto verrà poi riconosciuto agli aspetti difensivi e adattivi delle condotte di dipendenza e al loro ruolo protettivo contro l'angoscia e contro la seconda pulsione di base, quella aggressiva (68).

Negli anni '60-'70, con l'affermarsi della Psicologia dell'Io, l'attenzione si concentra su aspetti deboli e deficitari della struttura psicologica del soggetto che possano spiegare la sua vulnerabilità alla sostanza: la difficoltà a tollerare le frustrazioni, la dipendenza dall'ambiente, la difficoltà a mantenere l'autostima e l'incapacità a modulare gli affetti. In tale prospettiva, il ricorso alla sostanza di abuso diviene strumento terapeutico di auto-aiuto che risulta in ultima analisi distruttivo (69).

Tali deficit di base possono essere concepiti come risultato di conflitti intrapsichici o come derivati di relazioni oggettuali distorte o carenziali con le figure parentali.

Questa seconda possibilità è stata particolarmente difesa dagli approcci relazionali che hanno spostato l'attenzione sull'ambiente umano che circonda il bambino nelle prime fasi dello sviluppo e sui processi che permettono una sana maturazione dell'identità e della personalità. La dipendenza viene ricondotta geneticamente ad una mancata interiorizzazione delle figure genitoriali (in particolare quella materna) e a bisogni di accudimento mai pienamente soddisfatti nell'infanzia che lascerebbero gravi deficit strutturali compensati appunto attraverso il ricorso alla sostanza. Centrali sono, rispetto a questa prospettiva, i contributi di Heinz Kohut e di Otto Kernberg.

Kohut ha osservato che l'alcol può adempiere alla funzione di sostituire le strutture psicologiche deficitarie garantendo temporaneamente un senso allucinatorio di armonia interna e la salvaguardia della stima di sé (70, 71, 72).

Anche Kernberg interpreta la dipendenza da sostanze rispetto alla teoria delle Relazioni Oggettuali vedendo la sostanza di abuso come strumento per compensare carenze evolutive nella struttura di personalità: la droga sarebbe pertanto un oggetto transizionale per rimpiazzare una madre completamente buona in un Disturbo

Borderline di Personalità o per dare sostegno all'immagine grandiosa di sé e rispondere ad un bisogno narcisistico frustrato in un Disturbo Narcisistico (73).

Quest'ultimo contributo, mette in luce chiaramente i parallelismi tra Alcolismo e Struttura Borderline di Personalità che molti autori di area analitica hanno sottolineato: essi condividerebbero scarsa tolleranza dell'ansia e delle frustrazioni, scarso controllo sugli affetti e sugli impulsi e l'utilizzo della scissione come meccanismo difensivo predominante (11, 74, 75). Riassumendo, si potrebbe affermare che gli autori analitici hanno evidenziato prevalentemente due fattori di rischio associati all'abuso di alcol: problematiche nella regolazione affettiva e problemi nella regolazione dell'autostima. Tali fattori contraddistinguono proprio i DP che il DSM colloca nel Cluster B in particolare quello Borderline (incapacità a regolare e gestire affetti e picchi emotivi) e quello Narcisistico (scarso concetto di Sé) che le ricerche epidemiologiche precedentemente citate confermano essere frequentemente associati alla dipendenza da alcol.

E' tuttavia necessario prendere in considerazione alcuni limiti di questo approccio, il primo dei quali può essere individuato nella tendenza a omogeneizzare eccessivamente i pazienti abusatori di sostanze senza tenere conto delle molteplici manifestazioni in cui il fenomeno del bere problematico si articola (si pensi ad esempio al ricorso alla sostanza in particolari fasi del ciclo di vita, come l'età senile, o al bere problematico nella donna). Inoltre, grande rilievo viene riconosciuto all'impatto di variabili psicologiche trascurando completamente l'influenza, oggi ampiamente riconosciuta, di quelle sociali e biologiche.

### **L'approccio genetico-biologico**

La seconda prospettiva si è particolarmente interessata a rintracciare i determinanti biologici della suscettibilità all'abuso di sostanze attraverso studi sulla familiarità dell'alcolismo.

All'interno di questo approccio, risulta particolarmente rilevante il contributo di R. Cloninger e i suoi sforzi di ricondurre la suscettibilità all'alcolismo a fondamenti costituzionali di carattere personologico.

R. C. Cloninger ha proposto un metodo sistematico per la descrizione clinica e la classificazione delle differenze inter-individuali nella struttura di personalità (76).

Egli rileva una serie di limiti concettuali della classificazione categoriale dei DP prevista dal DSM, osservando che spesso un singolo individuo presenta caratteristiche di più di un Disturbo di Personalità e che la delimitazione clinica del confine tra la normalità e la maladattività dei tratti di personalità è in qualche modo arbitraria; questo sembra sottolineare l'esistenza di un continuum negli stili cognitivi, di esperienza affettiva e comportamento sociale e nella gravità della compromissione della capacità di adattamento.

La teoria di Cloninger concettualizza la personalità come un sistema complesso che si struttura intorno a sette fattori da intendersi come dimensioni di base universali di cui quattro temperamentali e tre del Carattere (77).

Il termine Temperamento, si riferisce in generale alle disposizioni comportamentali presenti fin dalla nascita e che trovano espressione fin dalle fasi più precoci della vita;

esse definiscono le differenze individuali nella risposta all'ambiente, riflettendo una variabilità biologica.

Cloninger individua originariamente tre fattori temperamentali che concepisce come del tutto indipendenti fra loro e che possono combinarsi in tutti i modi possibili; non sono pertanto da intendersi come categorie mutualmente esclusive.

Tali fattori sono:

- Evitamento del Pericolo (Harm Avoidance): si riferisce a comportamenti quali l'anticipazione apprensiva di problemi futuri, la paura dell'incertezza, la timidezza nei confronti degli estranei ed elevata affaticabilità;
- Ricerca della Novità (Novelty Seeking): si riferisce a comportamenti quali l'impulsività nella presa di decisioni, l'esploratività, l'evitamento attivo delle frustrazioni;
- Dipendenza dalla Ricompensa (Reward Dependence): si riferisce alla dipendenza dall'approvazione degli altri.

In tempi più recenti il modello originario è stato integrato con una quarta dimensione temperamentale denominata Persistenza (Persistence) che riflette la capacità di perseverare nonostante la frustrazione e la fatica e predice la resistenza all'estinzione di un comportamento a seguito di rinforzi intermittenti.

Cloninger ha ipotizzato che ad ognuna di queste dimensioni corrisponda l'attivazione di uno dei principali sistemi neurotrasmettitoriali anche se, seppure le tre dimensioni presentino elevata ereditabilità, non esistono al momento attuale dati empirici a sostegno del loro legame con uno specifico substrato neurobiologico.

Infine, allo scopo di tenere conto dell'influenza dell'ambiente sulla formazione della personalità, la teoria viene ulteriormente modificata in modo tale da includere tre dimensioni del Carattere (Autodirezionalità, Cooperatività e Autotrascendenza) che maturano attraverso un processo a gradini a partire dalla prima infanzia e fino all'età adulta.

Partendo da studi sugli adottivi, Cloninger ha evidenziato l'esistenza di due tipi di alcolismo da lui definiti Type 1 e Type 2 che differiscono sulla base dei determinanti genetici e ambientali implicati, della loro associazione con il comportamento criminale, della gravità della condotta di dipendenza e della prevalenza di alcolismo nelle madri biologiche (78).

L'alcolismo Tipo 1 si manifesta con esordio tardivo, minore familiarità, esposizione minore a fattori di rischio durante l'infanzia, minore gravità della condotta di dipendenza e minore compromissione psicosociale.

Al contrario, gli alcolisti Tipo 2 presentano un esordio più precoce, una più alta componente familiare, la presenza di problemi familiari durante l'infanzia, una quota consistente di NS e una maggiore incidenza di comportamenti impulsivi/antisociali.

Tali tipologie della condotta di dipendenza vengono quindi associate a specifici profili personologici: il Tipo 1 ad una personalità di tipo "ansioso" o "inibito" (introversione, colpa, paura, dipendenza, rigidità, perfezionismo ed evitamento del pericolo) e ai Disturbi di Personalità del Cluster C, il Tipo 2 ad un profilo di personalità "antisociale" o "disinibito" (impulsività, ricerca della novità e intolleranza alla noia) e ai Disturbi di Personalità del Cluster B.

Le ricerche volte a replicare la sottotipizzazione proposta da Cloninger hanno dato risultati alterni e non definitivi. Risulta tuttavia confermato il ruolo della Novelty Seeking come tratto, tra quelli temperamentali, che meglio discrimina pazienti alcolisti da non-alcolisti (79).

## CONCLUSIONI

Non è facile cercare di riassumere le complicate questioni accennate in queste pagine. Alcuni punti però devono essere rimarcati:

1. In presenza di un problema correlato all'alcol è probabile la presenza di un concomitante disturbo di area psichiatrica;
2. Tale disturbo può essere di Asse I e/o di Asse II;
3. Non sono mai da escludere gli aspetti direttamente 'organici' e/o astinenziali nel valutare sia l'Asse I che l'Asse II;
4. La familiarità può rappresentare un buon indizio nel valutare sia l'Asse I che l'Asse II;
5. La valutazione di entrambi gli assi richiede tempo; nel caso di incertezze è meglio porre diagnosi differite;
6. Sarebbe bene conoscere gli aspetti base delle interazioni in ognuna delle aree più frequentemente presenti;
7. E' necessario ricordare che la valutazione dell'Asse II viene effettuata in persone che sono in situazione di forte disagio: ognuno di noi quando 'sta male' è più richiedente, egocentrico e cerca 'attenzioni'; ciò non deve essere tradotto automaticamente in tratto di personalità; nello stesso modo – sull'Asse I – 'ansia' e 'depressione' non implicano necessariamente diagnosi articolate e trattamenti frettolosi;
8. Il trattamento dovrebbe prendere in considerazione contemporaneamente i diversi aspetti presenti e ciò implica anche la conoscenza dell'andamento dei disturbi concomitanti (ad es. la stagionalità in alcuni Disturbi dell'Umore oppure l'attenuazione di alcuni tratti impulsivi nel Disturbo Borderline);
9. La scelta del trattamento dovrebbe prendere in considerazione le variabili di personalità.

**Tab. 5 PRINCIPALI STUDI PUBBLICATI TRA IL 1985 E IL 2000 RELATIVI ALLA PREVALENZA DI DISTURBI DI PERSONALITÀ IN PAZIENTI ALCOLISTI**

Autori e Anno	Num. Sogg.	Strumenti	PD %	SPD %	PPD %	HP D %	NP D %	BP D %	AP D %	DP D %	EP D %	PA D %
Koenigsberg et al. 1985, (27)	145	Clinic (1)	46									
Hesselbrock et al. 1985, (28)	169	DIS (1)							53			

Autori e Anno	Num. Sogg.	Strumenti	PD %	SPD %	PPD %	HP D %	NP D %	BP D %	AP D %	DP D %	EP D %	PA D %
Hesselbrock et al. 1985, (28)	321	DIS (1)							41			
Vaglum et al. 1985, (29)	64	Str.Int. (1)	81					66				
Raduco-Thomas et al. 1986, (30)	30	DIS (1)							40			
Jonsdottir et al. 1987, (31)	51	DIB (1)						28				
Poldrugo et al. 1988, (32)	404	Clinic (1)	25					4	9			
Ross et al. 1988, (33)	279	DIS (1)							42			
Yates et al. 1988, (34)	260	Str.Int. (1)							24			
Cadoret et al. 1989, (35)	169	DIS (1)							42			
Zimmerman et al. 1989, (36)	145	SIDP (1)	43	1,4		8		7	14		1,4	10
Yates et al. 1989, (37)	47	PDQ (1)	29					32	43			
Malloy et al. 1990, (38)	182	DIS (1)							11			
Mezzich et al. 1990, (39)	444	Clinic (1)	18									
Regier et al. 1990, (2)	1602	DIS (1)							14			
Herz et al. 1990, (3)	74	DIS (1)							43			
Roy et al. 1990, (40)	298	RDC (0)							11			
Pettinati 1991, (41)	68	SCID (2)	29									
Blow et al. 1992, (42)	22	Clinic	11									
Simonsen et al. 1992, (43)	?	Str.Int. (2)								57		60
Thevos et al. 1993, (44)	55	SCID (2)	49									
Yamamoto et al. 1993, (45)	152	DIS (1)							15			
De Jong et al. 1993, (46)	178	SIDP (1)	78			34	7	7	5			
Nurnberg et al. 1993, (16)	50	SCID (2)	64	12	44	6	6	16	20	10	20	18

Autori e Anno	Num. Sogg.	Strumenti	PD %	SPD %	PPD %	HP D %	NP D %	BP D %	AP D %	DP D %	EP D %	PA D %
Dawes et al. 1993, (47)	78	Clinic (2)							23			
Cook et al. 1994, (48)	224	ISPI (o)							22			
Penick et al. 1994, (4)	928	PDI							24			
Brandell et al. 1995, (49)	20	Str.Int. (2)	70									
Haver et al. 1995, (50)	60	SCID (2)	23					11				
Tomasson et al. 1995, (51)	351	DIS (1)							18			
Cornelius et al. 1995, (52)	604	IEF (0)							10			
Smyth et al. 1995, (53)	48	Str.Int. (2)	60									
Movalli et al. 1996, (54)	123	PDQ-r (2)	41	6	36	39	29	45	27	18	23	27
Tomasson et al. 1996, (6)	217	DIS (1)							15			
Kessler et al. 1997, (9)	1142	CIDI (2)							14			
Driessen et al. 1998, (7)	250	CIDI IPDE (2)	33	4	1	0.8	0.4	3.2	4.4	2.4	5.2	
Skodol et al. 1999, (55)	15	SCID (3)	60									
Marchiori et al. 1999, (56)	33	SCID (3)	31	40						20		
Landheim et al. 2000, (57)	419	MCMII (3)	64									

### Legenda

SPD: Disturbo Schizoide di Personalità; PPD: Disturbo Paranoide di Personalità; HPD: Disturbo Istrionico di Personalità; NPD: Disturbo Narcisistico di Personalità; BPD: Disturbo Borderline di Personalità; APD: Disturbo Antisociale di Personalità; DPD: Disturbo Dipendente di Personalità; EPD: Disturbo Evitante di Personalità; PAD: Disturbo Passivo-Aggressivo di Personalità; PD: Qualsiasi Disturbo di Personalità.

### Strumenti:

CIDI: Composite International Diagnostic Interview; Clinic: Intervista Clinica; DIB: Diagnostic Interview for Borderline Patients; DIS: Diagnostic Interview Schedule; IEF: Initial Evaluation Form (Compatibile con DSM-III R); IPDE: International Personality Disorder Examination; I-SPI: Iowa-Structured Psychiatric Interview; MCMII: Millons Clinical Multiaxial Inventory; PDI: Psychiatric Diagnostic Interview; PDQ: Personality

Disorder Questionnaire; SCID: Structured Clinical for DSM-III-R Personality Disorders; SIDP: Structured Interview for DSM-III Personality Disorders  
Str. Int.: Intervista Strutturata;

**N.B.** DIS e RDC rilevano esclusivamente il Disturbo Antisociale di Personalità

0: Strumento non pienamente compatibile con i criteri DSM per i PD;

1: Strumento compatibile con i criteri DSM-III per i PD;

2: Strumento compatibile con i criteri DSM-III-R per i PD;

3: Strumento compatibile con i criteri DSM-IV per i PD.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM IV)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.; Tr. It, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, 1996, Masson.

2. Regier D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., et al., 1990, *Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area Study*, *JAMA*, 21, 264 (19): 2511-18.

3. Herz, U.R., Volicer, L., D'Angelo, N., Gadish, D., 1990, *Additional Psychiatric Illness by Diagnostic Interview Schedule in Male Alcoholics*, *Comp Psychiatry*, 30, 72-79.

4. Penick, E.C., Powell, B.J., Nickel, E.J., Bingham, S.F., Riesenmy, K.R., Read, M.R., & Campbell, J., 1994, *Co-morbidity of Lifetime Psychiatric Disorder among Male Alcoholic Patients*, *Alcohol Clin Exp Res*, 18:6, 1289-1293.

5. Lastrico, A., Berlincioni, V., Bianchi, A., et al., 1996, *Abuso-Dipendenza da Alcol e Comorbidità Psichiatrica*, *Minerva Psichiatrica*, 37 (2): 59-67.

6. Tomasson, K., & Vaglum, P., 1996, *Psychopathology and Alcohol Consumption Among Treatment-Seeking Alcoholics: A Prospective Study*, *Addiction*, 91 (7), 1019-1030.

7. Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., Dilling, H., 1998, *Axis I and Axis II Comorbidity in Alcohol Dependence and the Two Types of Alcoholism*, *Alcohol Clin Exp Res*, 22:1, 77-86.

8. Verheul, R., Van Den Brink, W., Hartgers, C., 1995, *Prevalence of Personality Disorders Among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview*, *Eur. Add. Research*, 1: 166-177.

9. Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg, J., Anthony, J.C., 1997, *Lifetime Co-Occurrence of DSM-III-R Alcohol Abuse and Dependence with Other Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey*, *Arch Gen Psychiatry*, 53, 313-322.

10. Schuckit, M.A., Hesselbrock, V., 1994, *Alcohol Dependence and Anxiety Disorders: What is the Relationship?*, *Am J Psychiatry*, 151: 1723-1734.

11. Gabbard, G.O., *Psichiatria Psicodinamica*, 1995, Raffaello Cortina Editore, Milano.

12. Edwards, J., Marshall, E.J., Cook, C.C., 1997, *The Treatment of Drinking Problems*, Cambridge University Press, Tr. It., *Diagnosi e Trattamento dell'Alcolismo*, 2000, Raffaello Cortina Editore, Milano.

13. Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R., 1988, *The Co-Occurrence of Alcoholism with Other Psychiatric Disorders in the General Population and its Impact on Treatment*, *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
14. Maier, W., Lichtermann, D., Minges, J., 1994, *The Relationship between Alcoholism and Unipolar Depression- A Controlled Family Study*, *Journal of Psychiatric Research*, 3, 303-17.
15. Kendler, K.S., Heath, A.C., Neale, M.C., Kessler, R.C., Eaves, L.J., 1993, *Alcoholism and Major Depression in Women: A Twin Study of the Causes of Comorbidity*, *Archives of General Psychiatry*, 50, 690-8.
16. Nurnberg, H.G., Rifkin, A., & Doddi, S., 1993, *A Systematic Assessment of the Comorbidity of DSM-III-R Personality Disorders in Alcoholic Outpatients*, *Compr Psychiatry*, 34:6, 447-454.
17. Novelli, E. & Catalano, M., 1997, *Il Panico Come Induttore di Condotte di Dipendenza*, *Edit-Symposia Psichiatria*, Numero I.
18. Vaccaro, J.V., Clark, G.H., Bassi, M., 1999, *Manuale di Psichiatria Territoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
19. American Psychiatric Association, 1980, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM III)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
20. American Psychiatric Association, 1987, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition Revised (DSM III-R)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
21. Madeddu, F., 1997, *Traumatic Events, Childhood Traumas and Alcohol Abuse*, *Alcologia*, 9 (2), 95-102.
22. Branchey, L., Davis, W., Lieber, C.S., 1984, *Alcoholism in Vietnam and Korean Veterans: A Long Term Follow-Up*, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 8, 572-575.
23. Keane, T.M., Gerardi, R.J., Lyons, J.A., Wolfe, J., 1988, *The Interrelationship of Substance Abuse and Post Traumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans*, *The Behaviour Therapist*, 8, 9-12.
24. American Psychiatric Association, 1952, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1<sup>st</sup> Edition (DSM I)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
25. American Psychiatric Association, 1968, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition (DSM II)*, American Psychiatric Press, Washington D.C.
26. Donovan, J.M., 1986, *An Etiologic Model of Alcoholism*, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1-11.
27. Koenigsberg, H.W., Kaplan, R.D., Gilmore, M.M., & Cooper, A.M., 1985, *The Relationship between Syndrome and Personality Disorder in DSM-III*, *Am J Psychiatry*, 142, 207-212.
28. Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E. & Keener, J.J., 1985, *Psychopathology in Hospitalized Alcoholics*, *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1050-1055.
29. Vaglum S. & Vaglum P., 1985, *Borderline and Other Mental Disorders in Alcoholic Female Psychiatric Patients: A Case Control Study*, *Psychopathology*, 18, 50-60.
30. Raduco-Thomas, S., Boivin, D., Chabot, F. et al., 1986, *Nosology and Diagnosis of Alcoholism. Issues and Perspectives in Subtyping (DSM-III) Simple Alcoholism and*

*Alcoholism Associated with Other Psychopathologies, Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 10, 129-134.*

31. Jonsdottir-Baldursson, T., Horvath, P., 1987, *Borderline Personality-disordered Alcoholics in Iceland: Description on Demographic, Clinical and MMPI Variables, J Consult Clin Psychol, 55, 738-741.*

32. Poldrugo, F., & Forti, B., 1988, *Personality Disorders and Alcoholism Treatment Outcome, Drug Alcohol Dependence, 21, 171-176.*

33. Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T., 1988, *The Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and Other Drug Problems, Arch Gen Psychiatry, 45, 1023-1031.*

34. Yates, W.R., Petty, F., Brown, K., 1988, *Alcoholism in Males with Antisocial Personality Disorders, Int J Addiction, 23, 999-1010.*

35. Cadoret, R., Troughton, E., & Widmer, R., 1989, *Clinical Differences between Antisocial and Primary Alcoholics, Compr Psychiatry, 25, 1-8.*

36. Zimmermann M., Coryell, W., 1989, *DSM-III Personality Disorder Diagnoses in a Non-Patients Sample: Demographic Correlates and Comorbidity, Arch Gen Psychiatry, 46, 682-689.*

37. Yates W.R., Fulton, A.I., Gabel, J.M., Brass, C.T., 1989, *Personality Risk Factors for Cocaine Abuse, Am J Public Health, 79, 891-892.*

38. Malloy, P., Noel, N., Longabaugh, R., Beattie, M., 1990, *Determinants of Neuropsychological Impairment in Antisocial Substance Abusers, Addict Behav, 15, 431-438.*

39. Mezzich, J.E., Ahn, C.W., Fabrega, H., Pilkonis, P.A., 1990, *Patterns of Psychiatric Comorbidity in a Large Population Presenting for Care. In: Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders, Eds. Maser J.D., Cloninger, C.R., American Psychiatric Press, Washington, 189-204, 1990.*

40. Roy, A., Lamparsky, D., De Jong, J., et al., 1990, *Characteristics of Alcoholics who Attempt Suicide, Am J Psychiatry, 147, 761-765.*

41. Pettinati, H., 1991, *Diagnosing Personality Disorders in Substance Abusers, NIDA Res Mon, 105, 236-242.*

42. Blow, F.C., Loveland Cook, C.A., Booth, B.M., et al., 1992, *Age-Related Psychiatric Comorbidities and Level of Functioning in Alcoholic Veterans Seeking Outpatients Treatment, Hosp Comm Psychiatry, 43, 990-995.*

43. Simonsen, E., Haslund, J., Larsen, A. & Borup, C., 1992, *Personality Pattern in First-Time-Admitted Alcoholics, Nord J Psychiatry, 46:175-9.*

44. Thevos A.K., Brady, K.T., Grice, D., et al., 1993, *A Comparison of Psychopathology in Cocaine and Alcohol Dependence, Am J Addiction, 2, 279-286.*

45. Yamamoto, J., Silva, J.A., Sassao, T., et al, 1993, *Alcoholism in Peru, Am J Psychiatry, 150, 1059-1062.*

46. De Jong, C.A.J., Van den Brink, W., Harteveld, F.M., Van der Wielen, E.G.M., 1993, *Personality Disorders in Alcoholics and Drug Addicts, Compr Psychiatry, 34 (2), 87-94.*

47. Dawes, M.A., Frank, S., Rost, K., 1993, *Clinician Assessment of Psychiatric Comorbidity and Alcoholism Severity in Adult Alcoholic Inpatients, Am J Drug Alcohol Abuse, 19:3, 377-386.*

48. Cook, B.L., Winokur, G., Fowler, R.C., Liskow, B.I., 1994, *Classification of Alcoholism with Reference to Comorbidity*, *Compr Psychiatry*, 35:3, 165-170.
49. Brandell, A. & Ekselius, L., 1995, *Personality Disorders in Alcoholics: A Risk Factor for Suicide*, *Nord J Psychiatry*, 49:382-392.
50. Haver, B. & Dahlgren, L., 1995, *Early Treatment of Women with Alcohol Addiction: A Comprehensive Evaluation and Outcome Study. I: Patterns of Psychiatric Comorbidity at Intake*, *Addiction*, 90: 101-109.
51. Tomasson, K. & Vaglum P., 1995, *A Nation-Wide Representative Sample of Treatment-Seeking Alcoholics: A Study of Psychiatric Comorbidity*, *Acta Psychiatr Scand*, 5:378-385.
52. Cornelius, J.R., Jarrett, P.J., Thase, M.E., Fabrega, H., Haas, G.L., Jones-Barlock, A., Mezzich, J., Ulrich, R.F., 1995, *Gender Effects on the Clinical Presentation of Alcoholics at a Psychiatric Hospital*, *Comp Psychiatry*, Vol 36, 6, 435-440.
53. Smyth, N.J., Washousky, R.C., 1995, *The Coping Styles of Alcoholics with Axis II Disorders*, *J Substance Abuse*, 7:4, 425-435.
54. Movalli, M.G., Madeddu, F., Fossati, A. & Maffei C., 1996, *Personality Disorders (DSM III-R, DSM IV): Prevalence in Alcoholics and Influence on Drop Out from Treatment*, *Alcologia*, 8 (1), 47-52.
55. Skodol, A.E., Oldham, J.M., Gallaher, P.E., 1999, *Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders*, *Am J Psychiatry*, 156:733-738.
56. Marchiori, E. , Loschi, S., Marconi, P.L., Mioni, D., & Pavan, L., 1999, *Dependence, Locus of Control, Parental Bonding and Personality Disorders: A Study in Alcoholics and Controls*, *Alcohol and Alcoholism*, Vol.34, N.3, pp.396-401.
57. Landheim, A., Bakken, K., & Vaglum, P., 2000, *Addicts with Personality Disorders, Are They Coming to the Right Treatment Modality?*, *European Psychiatry*, Vol 15, Suppl 1, 51-52.
58. Hatzitaskos, P., Soldatos, C.R., Kokkevi, A., Stefanis, C.N., 1999, *Substance Abuse Patterns and Their Associations with Psychopathology and Type of Hostility in Male Patients with Borderline and Antisocial Personality Disorder*, *Comprehensive Psychiatry*, 40:4, 278-282.
59. Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tennen, H., Ball, S., Rousanville, B.J., 2000, *Axis I and Axis II Disorders in Alcoholics and Drug Addicts: Fact or Artifact?*, *J Stud Alcohol*, 61:1, 101-10.
60. Morgenstern, J., Lagenbacher, J., Labouvie, E., Miller, K. J., 1997, *The Comorbidity of Alcoholism and Personality Disorders in a Clinical population: Prevalence Rates and Relation to Alcohol Typology Variables*, *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84.
61. Clarkin, J.F. & Lenzenweger, M.F., 1996, *Theories of Personality Disorder*, *The Guilford Press*; *Tr. It., I Disturbi di Personalità*, 1997, *Raffaello Cortina Editore, Milano*.
62. Verheul, R., Hartgers, C., Van Den Brink, W., Koeter, M.W.J., 1998, *The Effect of Sampling, Diagnostic Criteria and Assessment Procedures on the Observed Prevalence of DSM-III-R Personality Disorders Among Treated Alcoholics*, *J. Stud. Alcohol*, 59: 227-236.

63. Madeddu, F., 1999, *Individual and Group Psychotherapy with Substance Abusing PD Patients in an Outpatient Setting*, 6<sup>th</sup> International Congress on the Disorder of Personality, Abstract Book, pag. 100, Geneve, 15-18 Sept, 1999.
64. Wurmser, L., *The Substance-Abusing Patient*, in *Psychodynamic Concepts in General Psychiatry*, Ed. Schwartz, H., with Bleiberg, E. and Weissman, S.H., 1995, Washington, D.C., American Psychiatric Press.
65. Freud, S., 1898, *Sexuality in the Aetiology of the Neuroses*, in *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 3*, Translated and Edited by Strachey J., London, Hogarth Press, 1962, 259-285.
66. Hopper, E., *A Psychoanalytical Theory of "Drug Addiction"*, 1995, *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 1121-1137.
67. Freud, S., 1905, *Tre Saggi sulla Teoria Sessuale*, in *Opere*, Bollati Boringhieri, Torino, 1970, Vol. IV.
68. Glover, E., 1932, *On the Etiology of Drug Addiction*, in *On the Early Development of Mind*, New York, International Universities Press, 1970, pp 187-215.
69. Khantzian, E.J., 1985, *The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence*, *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.
70. Kohut, H., 1971, *Narcisismo e Analisi del Sé*, Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1976.
71. Kohut, H., 1977, *La Guarigione del Sé*, Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
72. Kohut, H., 1984, *La Cura Psicoanalitica*, Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
73. Johnson, B., 1999, *Three Perspectives on Alcoholism*, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 47:3, 791-815.
74. Kernberg, O.F., 1975, *Sindromi Marginali e Narcisismo Patologico*, Tr. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1978.
75. Rinsley, D.B., 1988, *The Dipsas Revisited: Comments on Addiction and Personality*, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 1-7.
76. Cloninger R.C., Christiansen, K.O., Reich, T., Gottesman, I., 1987, *Implications of Sex Differences in the Prevalence Rates of Antisocial Personality, Alcoholism and Criminality for Familial Transmission*, *Archives of General Psychiatry*, 35, 941-951.
77. Cloninger, R.C., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R., 1993, *A Psychobiological Model of Temperament and Character*, *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-989.
78. Cloninger, C.R., Bohman, M., Sigvardsson, S., 1981, *Inheritance of Alcohol Abuse, Cross-Fostering Analysis of Adopted Men*, *Archives of General Psychiatry*, 38,861-868.
79. Howard, M.O., Kivlahan, D. & Walker, L.D., 1997, *Cloninger's Tridimensional Theory of Personality and Psychopathology: Applications to Substance Use Disorders*, *Journal of Studies on Alcohol*, 58:1, 48-66.