

Centro di Solidarietà l'Ancora

Atti del Seminario

**Tossicodipendenza e Servizi
in provincia di Imperia
tra crisi e progettualità**

Imperia 12-15 Gennaio 1994

①

Il Centro di Solidarietà l'Ancora
ringrazia l'Amministrazione Provinciale di Imperia
che con disponibilità ed impegno
ha reso possibile questa pubblicazione.

Direzione scientifica e redazione
Vincenzo Genduso

Segreteria
Paola Lanteri

Realizzazione grafica
Emmanuele De Andreis

Finito di stampare nel mese di Giugno 1995
presso la Tipolitografia San Giuseppe di Arma di Taggia

2

Comitato Scientifico

Giuseppe Anfossi

Associazione Il Nostro

Renato Bergonzi

Ambito n. 2 Sanremese

Mauro Calvini

Servizio Salute Mentale di Ventimiglia

Antonio Genduso

Centro di Solidarietà l'Ancora

Luigi Migliarese

Servizio Salute Mentale Imperia

Roberto Minasso

Prefettura di Imperia

Raffaello Ravera

Servizio Salute Mentale Sanremo

Segreteria organizzativa

Phyllis Lanteri, Antonietta Semeria, Dewis Autunnali, Laura Arpentì

Centro di Solidarietà l'Ancora

Via Pisacane, 6 - SANREMO

Tel. 0184/50.52.56 - Fax 0184/50.53.00

Con il Patrocinio

Regione Liguria

Unità Sanitaria Locale n. 1 Imperiese

Prefettura di Imperia

Provincia di Imperia

Provveditorato di Imperia

Comune di Imperia

Comune di Sanremo

3

Alexitimia e tossicodipendenza. Somministrazione della Toronto Alexithymia Scale: considerazioni cliniche

F. Marcolongo, E. Ducci, M. Di Bartolo, R. Sciorato

Introduzione

Il concetto di alexitimia si è sviluppato da osservazioni cliniche tratte dalla psicoterapia di pazienti psicosomatici. Ruesch (Ruesch J. 1948) notò un disturbo dell'espressione verbale e simbolica che chiamò "personalità infantile". I soggetti da lui esaminati apparivano privi di immaginazione, mostravano una eccessiva dipendenza e un eccessivo grado di conformismo. Non potendo scaricare verbalmente le loro emozioni, questi pazienti ricorrevano a canali prevalentemente somatici. Inoltre questi avevano una scarsa capacità di insight. MacLean (MacLean PD., 1949) notò una incapacità a verbalizzare le emozioni ed in particolare i pazienti esaminati tendevano a tradurre le loro emozioni penose in "linguaggio d'organo".

Marty e M'Uzan descrissero la presenza di uno stile di pensiero utilitaristico associato ad una mancanza di funzione simbolica e di fantasia. Nemiah e Sifneos (Nemiah JC., Sifneos PE., 1970) notarono una considerevole diminuzione o assenza del pensiero fantastico e della produzione onirica, uno stile di comunicazione particolaristico, dettagliato e una limitazione all'espressione verbale delle emozioni.

Nello stesso periodo Krystal e Raskin (Krystal H., Raskin H., 1970) avevano descritto caratteristiche simili in pazienti con severi stati post-traumatici e soggetti tossicodipendenti. Sifneos (Sifneos PE., 1972) conìò il termine "alexitimia" per indicare un disturbo affettivo-cognitivo che influenza il modo in cui gli individui esprimono e sperimentano le loro emozioni: letteralmente incapacità ad esprimere con le parole le proprie emozioni.

Parlando di tossicodipendenze esiste un campo della letteratura che considera la scelta dell'assunzione di sostanze come "autoterapia" (Wieder H., Kaplan EH., 1969); (Milkman H., Frosch WA, 1973); (Khantzian EJ., 1985) che è al servizio di schemi difensivi. Le loro ricerche sostennero che i dipendenti da eroina preferivano gli effetti tranquillizzanti per il rinforzo della tendenza al ritiro e all'isolamento; per contro i dipendenti da anfetamine usavano l'azione stimolante della sostanza per mantenere la loro "super-valutazione" del sé. I lavori di Wurmser (Wurmser L. 1972, 1974); e Khantzian (1972, 1974, 1982) suggeriscono una eccessiva importanza agli effetti regressivi dei narcotici, notata in precedenti studi e che era da considerare anche l'azione psicofarma-

4

nia

dalla
n di-
anti-
ava-
i po-
no a
tà di
re le
loro

tico
Sif-
zio-
: di
one

no
og-
iti-
cui
a-

ra
an
al
la
al
ie

)
i,
-

cologica stessa delle sostanze assunte. In particolare era stato notato che l'azione specifica degli oppiacei poteva invertire gli stati regressivi. Khantzian afferma che i narcotici invertono gli stati regressivi di "antiaggressione", agendo in opposizione alle influenze di disorganizzazione della collera.

Così facendo, le sostanze si sostituiscono ai difettivi o non esistenti meccanismi di difesa.

Wurmser in un successivo lavoro (Wurmser L., 1977) riprende un meccanismo di difesa descritto da A. Freud: l'esteriorizzazione, che consiste nel tentativo di trovare la soluzione di problemi interni nella realtà esterna, attraverso l'azione ed in forma concreta. È infatti molto vicino all'"agire" e alla "proiezione" ma con una connotazione diversa: acquisire un controllo onnipotente, magico su affetti incontrollabili.

Il timore di essere sopraffatti dalle proprie emozioni può essere allontanato efficacemente solo attraverso una sostanza "potente" che viene ingerita, iniettata, fumata o fiutata. (Rossi R., Peraldo R., 1982).

I lavori di Blatt (Blatt S.J., 1984 a,b) e Wurmser (Wurmser L., 1974) mettono in evidenza che la dipendenza da eroina è plurideterminata da:

- 1) un bisogno di contenere l'aggressività
- 2) una brama di gratificazione del desiderio di una relazione simbiotica con una figura materna
- 3) un desiderio di alleviare affetti depressivi

Inoltre Wurmser (Wurmser L., 1974, 1987 (I), 1987 (II)) ha sottolineato che i soggetti tossicodipendenti trattabili con terapia psicoanalitica non hanno Super-Io "sottosviluppati" come i tossicodipendenti asociali (situazione che giustificerebbe la presenza di una grande perversione), ma piuttosto "una coscienza eccessivamente dura".

La sostanza intossicante viene ricercata come fuga da un Super-Io tormentante. Quindi anche le occasioni di successo possono scatenare l'abuso di droga. Emerge il problema di un inquadramento delle tossicodipendenze in una cornice riguardante i disturbi dell'equilibrio narcisistico. Rossi (Rossi R., 1982) approccia il problema generale della dipendenza ricollegandosi a Kohut (Kohut H., 1978), quando considera i difetti della struttura interna dei tossicomani: "mediante la ricerca di un oggetto esterno dotato di poteri magici".

L'esteriorizzazione si rivela un valido meccanismo di difesa di una personalità caratterizzata da una forma patologica di narcisismo: «...L'alterazione dell'equilibrio narcisistico si può esprimere in diverse forme, (...) di cui tre hanno delimitazioni cliniche precise, e che sono il gruppo delle depressioni, delle turbe psicosomatiche e del disturbo da uso di sostanze (...)» (Rossi, 1988).

Per la McDougall (23) esiste nel paziente psicosomatico una domanda, muta, di unione fusionale (*come quella, reale, farmacologica, realizzata dal tossicodipendente*), che induce la ricerca di una omosessualità protettiva contro angosce di castrazione, che possono attivare fino alla assenza di ogni libido (*come nella sintomatologia depressiva e nel tossicomane si realizza con l'assunzione di sostanze*) che garantisce la sopravvivenza psichica; questa "desaffectation" costi-

5

d
e
i

Le relazioni con la depressione (27-28) hanno alimentato l'ipotesi del fenomeno "alexitimico" come reattivo o secondario, originato come reazione difensiva dell'individuo ad emozioni dotate di una forte carica affettiva negativa. Correlazioni positive della depressione con la sola scala dei valori del fattore "1" del costrutto sono state confermate in questi lavori (29).

Opinioni discordanti da questa concettualizzazione considerano l'alexitimia come un'ipotesi, non "una cosa materiale" (così facilmente quantificabile) (30). Si può meglio considerare quindi come una variabile graduale, un continuum.

Per identificare la prevalenza e i correlati socio-demografici i ricercatori hanno utilizzato i vari strumenti sopra menzionati (SSPS, MMPI-A, TAS) per accertarne la validità e l'attendibilità sulla popolazione di pazienti tossicodipendenti e alcolisti, data l'associazione che questo tipo di soggetti presentano con l'alexitimia (11,5).

Il primo tentativo di investigare empiricamente il legame tra alexitimia e tossicodipendenza riguarda l'esperienza di Rybakowsky (31), il quale ha trovato che il 78% dei pazienti alcolisti testati con la SSPS era alexitimico. Haviland propose in un primo lavoro (32) la SSPS ed in un secondo (33) la TAS a 125 alcolisti ricoverati.

I risultati furono che il 50,4% risultarono alexitimici, mentre il 24% risultarono non alexitimici. Taylor (34) propose la TAS ad un campione di 44 soggetti tossicodipendenti ed il 50% risultarono alexitimici.

Ipotesi di lavoro

Data la estrema difficoltà nel delineare una modalità di intervento sulle tossicodipendenze, è stato affrontato questo studio per verificare se all'interno della popolazione tossicodipendente ci sia una percentuale significativa di soggetti alexitimici; se il grado di alexitimia sia correlato ad altri fattori: (età, sesso, livello di istruzione, tempo di contatto con i Servizi di Salute Mentale, tempo di durata della tossicodipendenza, tempo di inserimento in Comunità Terapeutiche); se è possibile distinguere, attraverso i fattori che costituiscono il costrutto alexitimico, una prevalenza dell'alexitimia di stato o di tratto, all'interno del campione testato; infine se gli interventi psicoterapeutici notoriamente fallimentari per questa patologia, possano invece determinare un cambiamento nell'habitus comportamentale del tossicodipendente (35-42).

Metodo

Nel presente lavoro si è utilizzata la versione italiana della TAS (43) per misurare il grado di alexitimia in un gruppo di 50 pazienti ambulatoriali tossicodipendenti da oppiacei, seguiti presso il S.S.M.

Nell'attività di un Servizio per le tossicodipendenze bisogna tenere conto di alcune altre variabili di tipo clinico e sociale che sono in contiguità con il problema psicoterapico della tossicodipendenza.

Possiamo considerare quindi il contatto con il Servizio, cioè da quanto tempo

tuisce una barriera devitalizzata che l'autrice definisce "carapace operatorio ed alexitimico".

Inoltre afferma che, mentre nella fisiologica elaborazione del dolore psichico e del conflitto mentale vi è un riconoscimento simbolico e tutto il processo può avvenire attraverso il sogno, il daydream, la meditazione, etc., in questi soggetti a causa di questo carapace vi è la sessualizzazione del conflitto, modelli di personalità narcisistica e all'interno di questa nuance, la dipendenza che la McDougall descrive in droga, farmaci, alcoolismo, bulimia, ecc.

Gli strumenti psicodiagnostici nello studio della alexitimia ed esperienze nel campo della tossicodipendenza

Gli strumenti psicodiagnostici nello studio della alexitimia sono soprattutto psicometrici: alcuni ideati ad hoc, altri derivati da altri test già in uso, a volte utilizzati in parte.

Beth Israel Questionnaire (BIQ)
Shelling-Sifneos Psychosomatic Scale (SSPS)
Shelling-Sifneos Psychosomatic Scale Revised (SSPS-R)
Toronto Alexithymia Scale (TAS)
Alexithymia Provoked Response Questionnaire (APRQ)
Analog Alexithymia Scale (AAS)
MMPI - Alexithymia Scale
Eating Disorder Inventory (EDI)
Thematic Apperception Test (TAT)
Test di Rorschach
Scored Archetypal Test - 9
Verbal Content Analysis
Revised Toronto Alexithymia Scale (TAS-R)

Sebbene vi sia stata una definizione esaustiva dell'alexitimia e siano state proposte linee di intervento terapeutico (24), la formulazione non è ancora stata standardizzata. Così è risultato difficoltoso la sua misurazione, la determinazione della sua prevalenza e dei correlati nella popolazione.

L'utilizzazione della TAS ha contribuito a chiarire i problemi della distinzione dell'alexitimia come fenomeno specifico e primario da quella come fenomeno aspecifico, secondario.

Attraverso l'utilizzazione della TAS e dell'analisi fattoriale ad essa applicata (25-26) è stato possibile distinguere quattro fattori:

- 1) incapacità di distinguere le emozioni dalle sensazioni somatiche;
- 2) incapacità di comunicare le emozioni;
- 3) povertà del daydreaming;
- 4) pensiero concreto.

È stato quindi possibile stabilire dei parametri che distinguono le caratteristiche dell'alexitimia di tratto e di stato, l'alexitimia che insorge come aspetto primario rispetto a quella di tipo transitorio, reattiva, secondaria a reazioni difensive dell'individuo ad emozioni dotate di una forte carica affettiva negativa.

(in anni) il paziente si è rivolto per la prima volta presso la struttura, prescindendo dai vari periodi di assenza-ricaduta, dall'irregolare avvicinarsi dei colloqui, etc.; la durata (in anni) della tossicodipendenza, dalla sua origine, spesso con cannabici, fino ad oggi; gli eventuali periodi (espressi in anni) di permanenza spesso brevissima, presso Comunità Terapeutiche.

Queste variabili (Durata, Contatto, Comunità) non menzionate in letteratura, credo possano essere messe in correlazione con l'alexitimia per verificare l'ipotesi riguardo la possibilità di "modificare" l'atteggiamento che il paziente ha verso le proprie emozioni, modificazione che potrebbe essere attuata attraverso un approccio psicoterapeutico che mantenga aperto il canale dell'introspezione.

Le caratteristiche socio-demografiche del campione risultano dallo studio dei dati raccolti. L'età media del campione in totale era di 28,42 aa. \pm 5,23; con un minimo di 19 aa. ed un massimo di 40 aa.; l'età media dei soggetti maschi è risultata di 28,2 aa. \pm 5,48, con un minimo di 18 aa., un massimo di 40 aa.; l'età media delle femmine di 32,22 aa. \pm 4,05, con un'età minima di 23 aa. e massima di 36 aa.

La prevalenza dei maschi risultava aver conseguito il diploma di licenza media inferiore, per le femmine la frequenza al II o III anno di scuola media superiore (con medie in anni di studio rispettivamente di 7,88 \pm 1,95 e 9,68 \pm 3,04).

Risultati

I valori medi di alexitimia per tutto il campione sono risultati per le femmine di 54,78 \pm 12,97, e di 61,8 \pm 12,11 per i maschi, individuando nove soggetti che superavano il cut-off point per la presenza di alexitimia.

Questo gruppo di soggetti alexitimici, che costituiscono il 18% (nove soggetti) del campione in esame, presentava un'età media di 31,56 \pm 4,03, un livello di istruzione di 7,78 \pm 1,86 ed era costituito da maschi in misura del 89% e da femmine del 11%.

In ordine alla considerazione dell'alexitimia come un "continuum", nel lavoro di screening si sono considerati quattro sottogruppi secondo i valori di:

- 1) non alexitimici ($A \leq 62$) costituito da 25 pazienti (6 femmine, 19 maschi)
- 2) borderline ($63 \leq A \leq 73$) costituito da 16 pazienti (2 femmine, 14 maschi)
- 3) alexitimici ($A \geq 74$) costituito da 9 pazienti (1 femmina, 8 maschi)
- 4) alexitimia nel campione in toto (9 femmine, 41 maschi)

Per questi quattro gruppi si sono considerate le variabili menzionate (età, sesso, anni di studio, anni di Comunità, di Contatto con il S.S.M. e gli anni di durata della tossicodipendenza).

Si è evidenziato che le medie delle variabili: contatto, durata e comunità, sono minori nel gruppo dei non alexitimici e borderline.

Per quanto riguarda gli anni di studio, anche se vi è stata una correlazione tra basso grado di istruzione e alto livello di alexitimia, questa non è risultata essere statisticamente significativa.

Anche per il sesso, la correlazione con l'alexitimia non è statisticamente si-



ra, prescindendosi dell'origine, in anni) di

letteratura,icare l'ipoziente ha a attraverso l'introspe-

studio dei 13; con un maschi è aa.; l'età e massi-

za media superiore).

femmine soggetti

: soggetto livello 9% e da

nel lavoro di: maschi) maschi))

età, sessantenni di

à, sono

one tra sultata

nte si-

gnificativa, pur evidenziandosi una percentuale maggiore di maschi alexitimici (per le femmine 1 su 9 pazienti, pari al 11,11%; per i maschi 8 su 41 pazienti pari al 19,5%), non si raggiungono livelli di significatività statistica, dato confermato anche nel gruppo dei soggetti borderline con 34,25% dei soggetti maschi (14 su 41 pazienti) e il 22,21% di femmine (2 su 9 pazienti), mentre nel gruppo dei non alexitimici la distribuzione per il sesso è statisticamente significativa riscontrandosi una maggiore percentuale di femmine non alexitimiche (6 su 9 pazienti) equivalente al 66,67%, contro i maschi (19 su 41 pazienti) risultati essere il 46,34% dei soggetti maschi.

Riguardo l'età sui 50 pazienti esaminati si è notato un indice di correlazione in progressione con l'età, anche se non statisticamente significativo; così nel gruppo dei 25 pazienti non alexitimici e dei borderline. Nel gruppo dei 9 pazienti alexitimici la correlazione tra età e alexitimia diventa statisticamente significativa ($r_s=0,7$; $p=0,04$).

All'interno di questi quattro gruppi si è inoltre considerata un'altra variabile menzionata in letteratura (33): la familiarità per la tossicodipendenza o alcolismo. Questa è stata studiata attraverso varie formulazioni statistiche (retta di regressione e matrici di correlazione) ma non si è verificata nessuna correlazione significativa per nessuno dei gruppi considerati, probabilmente a causa dell'esiguità del campione.

Un'altra variabile presa in esame (non menzionata in letteratura) è il periodo di tempo che il paziente è stato in contatto con gli operatori del S.S.M. Nel campione in totale il contatto con gli operatori del S.S.M. è risultato essere correlato all'alexitimia, anche se al limite di una significatività statistica ($r_s=0,25$; $p=0,07$) e mentre per il gruppo non alexitimico e borderline non è risultata alcuna correlazione significativa, per il gruppo delle persone alexitimiche si è confermata una correlazione significativa tra alexitimia e contatto ($r_s=0,77$; $p=0,016$).

La richiesta di cure tanto è tanto minore quanto è la consapevolezza delle emozioni disturbanti e nel contempo l'indigestibilità di queste.

Un'altra variabile considerata riguarda la durata in cui il paziente versa in una condizione di tossicodipendenza: per il gruppo in totale il valore dell'alexitimia è correlato significativamente alla durata della tossicodipendenza ($r_s=0,32$; $p=0,02$), così per i non alexitimici ($r_s=0,44$; $p=0,003$); mentre per i borderline e gli alexitimici questa correlazione non è significativa.

L'intervallo di tempo che corrisponde per ogni paziente ad un periodo di inserimento in comunità non è correlato significativamente con il punteggio totale dell'alexitimia di ogni singolo paziente. Nella computazione dei punteggi della TAS si sono considerati i quattro fattori che costituiscono il costrutto dell'alexitimia, correlati attraverso il test di Spearman con i dati del campione in esame, suddiviso nei 3 sottogruppi più il campione in toto, riguardo il sesso, l'età, gli anni di studio, contatto con il servizio, la durata della tossicodipendenza ed il tempo di permanenza in Comunità Terapeutiche.

9

I fattori del costrutto

Media e deviazione standard				
	F1	F2	F3	F4
Borderline	23,58±8,72	14,3±24,88	7,9±62,72	11,28±3,41
Alexitimici	34,25±6,07	19,81±3,24	8,06±2,41	13,5±3,89
Borderline e Alexitimici	38,77±2,53	25,11±3,41	9,11±3,42	15±3,2
Campione	29,72±8,71	18,02±5,77	8,2±2,8	12,66±3,83

Fattori del costrutto alexitimico: si nota una prevalenza nei borderline e negli alexitimici dell'incapacità di una consapevolezza del mondo interno e della assenza di daydreaming.

Tabella 1

Osservando la tabella si può notare il maggiore punteggio di tutti e quattro i fattori nei gruppi dei soggetti alexitimici e borderline.

Per quanto riguarda il Fattore 1 (difficoltà nella distinzione delle emozioni dalle sensazioni corporee) il gruppo dei non alexitimici correla significativamente con il contatto ($r_s=0,37$; $p=0,07$) e con la durata ($r_s=0,43$; $p=0,04$) della tossicodipendenza.

Per quanto riguarda il gruppo dei pazienti borderline si è rivelata una maggiore correlazione, statisticamente significativa, con il periodo di tempo passato presso la Comunità ($r_s=0,52$; $p=0,04$).

Per il gruppo dei pazienti alexitimici vi è maggiore correlazione con il grado di istruzione ($r_s=0,72$; $p=0,04$) e con l'età ($r_s=0,66$; $p=0,06$).

Nel campione si è rivelata una certa significatività tra F1 ed il tempo di inserimento in comunità ($r_s=0,26$; $p=0,07$), ed inoltre una correlazione significativa tra questo fattore e la durata della tossicodipendenza ($r_s=0,31$; $p=0,03$).

Analizzando il fattore 2 (difficoltà nella comunicazione delle emozioni) si sono riscontrati correlazioni significative per le seguenti variabili:

- nel gruppo dei non alexitimici si riscontra una correlazione significativa tra F2 e la durata ($r_s=0,37$; $p=0,7$);
- nei borderline la correlazione significativa è tra F2 e l'età ($r_s=0,74$; $p=0,042$);
- tra gli alexitimici pur essendoci correlazione tra F2 e questi parametri, essa non è statisticamente significativa.

Considerando il campione in toto, senza distinzione in sottogruppi vi è una correlazione significativa fra F2 ed il sesso ($r_s=0,32$; $p=0,02$), tra F2 e l'età ($r_s=0,36$; $p=0,012$) e tra F2 e la durata della tossicodipendenza ($r_s=0,39$; $p=0,054$).

Il Fattore 3 (daydreaming) non si correla con nessuno dei dati considerati.

Il Fattore 4 (la tendenza a riferire le proprie emozioni od eventi esterni piuttosto che a situazioni interiori, cioè "pensiero operatorio") si correla nel gruppo dei non alexitimici tempo di inserimento in comunità ($r_s=0,49$; $p=0,015$), così

10

per il gruppo del borderline per una certa significatività ($r_s=0,45$; $p=0,07$). Anche se esula dagli argomenti riguardo le ipotesi di lavoro di questa tesi, si è studiata la correlazione tra variabili attraverso la trasformazione ortogonale di Varimax. In particolare tra le più di cento variabili riguardanti le caratteristiche socio-demografiche del campione se ne sono selezionate 24, oltre alle 6 considerate in precedenza, per un totale di trenta variabili. Queste altre nuove variabili comprendono la sieropositività al virus del HIV, la familiarità della tossicodipendenza o dell'alcoolismo nel padre, nella madre, nei fratelli, nelle sorelle e negli altri familiari, le "prove" di inserimento in Comunità (prove di in...), la possibile altra diagnosi psichiatrica (dpsi), l'uso preferenziale di altre sostanze stupefacenti oltre che l'eroina, il periodo di tempo come tossicodipendente prima del contatto con il Servizio (da strada), l'occupazione, l'aver seguito terapie con programmi di metadone o naltrexone, l'attuale trattamento con psicofarmaci o metadone o naltrexone, i quattro fattori che costituiscono il costrutto di alexitimia. Dall'analisi fattoriale che ne è risultata si sono potuti estrapolare altri quattro nuovi fattori, la cui natura dovrà essere ulteriormente indagata e che chiameremo a, b, c, d. Questi fattori sono correlati con le modalità illustrate in tabella, che sintetizzano l'informazione contenuta nelle trenta opzioni.

Il fattore a è direttamente correlato con la lunghezza del periodo di tempo come tossicodipendente da strada, con l'uso preferenziale di cocaina, oltre l'eroina, con la disoccupazione, con il più basso numero di impieghi come operaio, correlato negativamente con uso di altri farmaci che non siano il metadone col quale si correla positivamente.

Il fattore b è correlato con l'alexitimia e i fattori del costrutto alexitimico F1, F2, F4.

Il fattore c è correlato al sesso, alla tossicodipendenza o alcoolismo della madre, alla diagnosi affiancabile in asse I, all'uso preferenziale di alcol oltre l'eroina, alla terapia prevalente con psicofarmaci.

Il fattore d è correlato con la durata, la comunità, il contatto, l'infezione da HIV, i tentativi di inserimento in Comunità, i trattamenti con metadone.

Discussione e considerazioni cliniche

Bisogna innanzitutto affermare che l'esiguità del campione preso in esame offre il fianco a problemi di attendibilità, anche se la scelta dei pazienti per la somministrazione del Self-report è stata randomizzata.

Proprio per il progetto di studio trasversale non è possibile determinare se l'alexitimia sia antecedente all'abuso di sostanze o una conseguenza del disturbo.

Inoltre non si sono attuati prerequisiti di accesso dell'utenza ai Self-Report Scale, rendendo possibile l'eventuale e non verificabile errore dovuto al fatto che le sostanze d'abuso erano assunte da alcuni dei pazienti testati, contrariamente alle esperienze in letteratura che si basano su un campione di pazienti astinenti.

11

Per quanto riguarda l'efficacia del test bisogna considerare che questa viene sia affermata (44-46), che ritenuta dubbia (47-48), che smentita (49-52).

Il sesso maschile tende ad essere maggiormente rappresentato costituendo la prevalenza della popolazione tossicodipendente. Il contatto così correlato al campione in totale e al gruppo degli alexitimici può essere interpretato come una conferma non tanto dell'inefficacia degli strumenti tecnici per il cambiamento, quanto dell'efficienza dei mezzi attuati per rifiutare, volontariamente o non consapevolmente, qualsiasi "setting" o programma di cura prestabilito. D'altro canto se consideriamo la matrice orale del comportamento tossicomaniaco, la grande sofferenza che questa condizione pone al paziente, la richiesta in interventi è pressante e massiva, soprattutto in quelli in cui è maggiormente rappresentata l'incapacità di gestire ed esprimere le proprie emozioni. La non correlazione o correlazione parziale delle variabili età, sesso, e anni di studio confermano i dati riportati in letteratura: la correlazione all'interno del gruppo degli alexitimici rispecchia un dato forse parziale, data l'esiguità del campione.

La durata correlata sia al gruppo dei non alexitimici che a quello del gruppo in totale, lascia considerare che vi sia una variabile, non misurabile, che è al di fuori dell'alexitimia, forse inerente alla componente di modificazione neurofisiopatologica che agisce in questi pazienti, accomunati dagli effetti oppiacei. Inoltre pare che il precoce trattamento, volto a ridurre la durata, potrebbe scongiurare l'ipotesi che l'abitus del tossicodipendente non si cristallizzi in modalità alexitimiche. Per quanto riguarda gli elementi costitutivi del costrutto di alexitimia ed in particolare la difficoltà nella distinzione delle emozioni dalle sensazioni corporee, la correlazione del tempo di contatto con il Servizio nel gruppo dei non alexitimici rende ragione di un possibile intervento volto ad una maggiore consapevolezza, sia verso le motivazioni all'interruzione dell'uso della sostanza, sia verso la comprensione dei propri limiti e il conseguente accesso a farmaci avversivi ed altri psicofarmaci come antidepressivi o neurolettici per ovviare alle ipotizzate modificazioni neurofisiologiche dell'uso di sostanze (53).

La terapia, sia in senso psicoterapico che farmacologico, sembra quindi "necessitare" al paziente con un atteggiamento, anche verso i farmaci, di indugio, di accettazione e non accettazione (pazienti presentano periodi di trattamento con metadone alterni a periodi di terapia con Naltrexone), che forse può essere predittivo di progressione. Per i borderline l'inserimento in comunità fa parte di questo comportamento di indugio, rappresentato dal comportamento ambivalente di richiesta di inserimento e di fuga, a volte originato da un non ben strutturato progetto rispetto alle varie metodologie e tipologie di lavoro terapeutico all'interno delle comunità. Le difficoltà nella comunicazione delle emozioni sembra correlarsi con i pazienti non alexitimici con la durata della tossicomania; quasi che l'abitus stesso a ricorrere a sostanze sia sinergico con l'alexitimia. Nel campione in totale i rappresentanti del sesso maschile nella fascia di età tra i trenta e quaranta aa., che ha alle spalle una lunga storia

ene

o la
o al
me
ia-
nte
to.
ia-
ie-
or-
ni.
di
lel
lel

in
di
o-
a-
e
n
r-
u
o
o
-
-
i

di tossicodipendenza presenta un alto valore di alexitimia.

L'attività onirica diurna non correlandosi a nessun parametro è un dato che conferma l'ipotesi di appartenenza delle tossicodipendenze ai disturbi dell'equilibrio narcisistico come appunto le malattie psicosomatiche, campo su cui invece gli studi sull'alexitimia si sono più estesi.

Il dato appare interessante come caratteristica non correlabile con il contatto, la comunità, la durata della tossicomania, proprio perché "immodificabile" e quasi "target-sintom". Il daydream ha «...la funzione di mantenere quel tanto di realtà interiore, nostalgica e arbitraria, compatibile con l'esistenza esterna, proprio quella che manca ... nel tossicomane ... L'esperienza depressiva si esaurisce, nel tossicodipendente, nel timore di una perdita e nel processo di interiorizzazione che ne consegue: mancano tutte quelle operazioni mosse dall'esperienza della perdita, operazioni che, ... mirano a sostituire nella realtà l'oggetto primario con un nuovo oggetto, tramite un processo di simbolizzazione, oggetto che poi deve essere difeso e protetto...» (54). L'elemento narcisistico nel tossicomane è la situazione fusionale, confusione tra sé e le cose fuori da sé. Questa situazione fusionale, che collima con il concetto di "bolla" di Winnicot (55), potrebbe essere considerata anche nella condizione quotidiana del tossicomane, quella che nello "slang" utilizzato dai tossicodipendenti viene definito "sbattimento" per significare il trafelarsi da un'azione criminale all'altra, da un pusher all'altro con il "pericolo" della polizia, per "far su" i soldi per la dose.

In questo girovagare il centro è sempre l'eroina, che avvolge tutta l'atmosfera in un cosmo di calore, appagamento totale e piacere. Un universo in cui il sé e l'altro da sé perdono prospettiva spazio-temporale, dove Zenit, Nadir, oriente e occidente si confondono.

Il "pensiero orientato esternamente", "pensée operatorie" pare sia un indice della capacità a stare il più a lungo possibile in una Comunità terapeutica: l'importanza che il "fare" ha all'interno dell'attività comunitaria, riguarda quegli aspetti psicoterapici legati al "remaking" piuttosto che al "retelling", dato il fallimentare risultato di ogni terapia orientata psicoanaliticamente. Infatti la dimensione della "terapia di appoggio" in questi casi, sfrutta questi aspetti per fare in modo che ad una dipendenza dell'eroina, si sostituisca una dipendenza "dalla Comunità" o "dal lavoro in Comunità", che per una certa fetta della popolazione tossicodipendente, diventa poi una ragione di vita, riducendo, o in qualche caso, annullando l'appetizione e l'uso della sostanza. Inoltre il Fattore 4 del costrutto alexitimico è correlato negativamente con i soggetti non alexitimici e borderline, dimostrando il fatto che l'intervento comunitario è richiesto, oppure è efficace (si rendono necessari ulteriori studi longitudinali) in soggetti che possono avere esito prognostico, anche se parziale, di possibili remissioni cliniche.

Considerando la tabella dei fattori di correlazione con le variabili considerate in questo lavoro, il Fattore a potrebbe indicare il più rappresentato stile di vita tra i soggetti tossicodipendenti, con una elevata durata di tossicodipen-

13

denza senza aver contattato i Servizi, disoccupato, che non ha mai raggiunto le prerogative di accesso all'uso di naltrexone e che la prevalente modalità di rapportarsi al Servizio riguarda la prescrizione di metadone. Il **Fattore b** individuerrebbe la specificità dell'alexitimia di tratto, individuata dalla prevalenza di tutti i fattori, quella cioè primaria e favorente il disturbo psicosomatico. Il **Fattore c** individuerrebbe i fattori di rischio che sono l'appartenente al sesso maschile, con una storia familiare di tossicodipendenza o alcolismo per la madre, la compresenza di altra diagnosi psichiatrica, storia di concomitante alcolismo del soggetto, la somministrazione o l'abuso di psicofarmaci, ciò implica dal punto di vista clinico un'attenta valutazione nella prescrizione di psicofarmaci, che da questa analisi possono essere considerati a volte pericolosi. Il **Fattore d** individuerrebbe i vari percorsi terapeutici che il soggetto segue, correlato sia con la durata della tossicodipendenza, e con la richiesta di cure indotta dalla concomitante diagnosi di HIV, in cui si susseguono le visite ambulatoriali al Servizio, sia con personale con ruolo psicoterapeutico, sia con l'infettivologo, le frequenti e brevi "puntate" in comunità, le somministrazioni di metadone. I fattori elaborati, denominati **a, b, c, d**, corrispondenti rispettivamente a stile di vita, prevalenza di alexitimia di tratto, fattori di rischio e percorsi terapeutici seguiti, dovranno essere confermati o smentiti da ulteriori e più approfondite analisi. Infatti potrebbe sorgere, dai vari parametri menzionati, una identificazione diagnostica nuova, meno massificante, che dia la possibilità di distinguere, nel panorama delle tossicodipendenze, varie nuance all'interno della sindrome tossicomane, offrendo un più valido sistema classificativo non solo per una corretta diagnosi ma un pronto indirizzo verso interventi più adeguati (56).

Conclusioni

Sembra lecito affermare che per quanto riguarda l'alexitimia il campione rappresenta due tipi di popolazione: alexitimica e borderline, che insieme costituiscono il 50% del campione. Questo poiché è difficile una separazione netta di nuance di grado alexitimico, accertate con una self-report scale.

Questo dato, insieme a quello che vede le medie di tutti i fattori più alte nei soggetti borderline ed alexitimici, rende ragione dell'ipotesi di poter ritrovare parte dei soggetti alexitimici coinvolti spesso in problemi che riguardano la tossicodipendenza e che l'alexitimia in questi soggetti presenta mediamente caratteristiche di tratto. Questi soggetti rispondono meglio, dal punto di vista clinico, a terapie centrate "sul fare", piuttosto che "sul pensare".

Il gruppo borderline, mancando l'aspetto alexitimico, pare più accettante terapie che determinano una maggiore consapevolezza del mondo interno, ma di queste è difficile stabilirne l'efficacia. Per i non alexitimici e per i borderline la comunità può offrire qualche giovamento: è possibile che i soggetti utilizzino questo strumento di terapia per sviluppare un certo grado di consapevolezza, mentre per gli alexitimici l'atmosfera della comunità può a volte confermare l'alexitimia. La comunità pare sia quindi un tipo di intervento con un'ef-

mai raggiunto
te modalità di
l'attore b indi-
lla prevalenza
osomatico. Il
ente al sesso
olismo per la
concomitante
ofarmaci, cid
escrizione di
volte perico-
e il soggetto
a richiesta di
ono le visite
apeutico, sia
le sommini-
rispondenti
fattori di ri-
smentiti da
ri parametri
ficante, che
lenze, varie
ù valido si-
to indirizzo

ipione rap-
me costitu-
ne netta di

idù alte nei
r ritrovare
ardano la
ediamente
to di vista

tante tera-
no, ma di
borderline
ti utilizzi-
apevolez-
e confer-
on un'ef-

ficacia che dipende da come il soggetto si approccia ad essa.
In questo campione i 9 pazienti dei non alexitimici, 6 pazienti dei borderline ed 1 paziente per gli alexitimici, cioè il 32% dei pazienti seguiti, risulta essere non assuntore di sostanze oppiacee da più di sei mesi e ciò si è ottenuto con un progetto di intervento che prevede un approccio psicodinamicamente orientato, l'uso di farmaci "avversivi" (naltrexone), e terapia con neurolettici, anti-depressivi e benzodiazepine.
La prevalenza di un accettabile risultato, anche se parziale, ed a rischio di frequenti "ricadute", nei soggetti non alexitimici, mostra in questo campione che l'alexitimia può essere un fattore predittivo negativo per l'ottenimento di una parziale remissione clinica del comportamento tossicomane.

	.191	.884	.057	.213		.102	-.335	.574	.157
	.15	-.435	.508	.236		.851	.03	-.245	-.007
	.431	.07	-.214	.482		.876	.189	.427	.11
	.524	.194	-.203	.512		-.05	.278	-.196	-.26
	.149	-.102	.071	.591		.025	.216	-.222	.405
	.109	-.151	.4	.024		-.001	.024	-.378	-.019
	-.013	-.224	.27	.718		-.027	.073	-.243	.038
	.378	.043	-.016	.598		.378	-.37	.048	-.277
	-.43	.004	-.111	-.171		.352	-.23	-.121	.67
	.054	.338	.441	.263		-.784	-.082	.103	.021
	-.154	-.032	-.247	.374		.064	.322	.478	-.085
	.03	-.05	-.121	.275		-.613	-.102	-.215	-.421
	.351	-.124	.263	-.084		.875	-.082	-.124	.354
	.152	.045	.27	.717		.133	.672	.054	.291
	.174	.131	.706	-.129		.291	.742	-.332	.091
	-.558	.171	.187	.97		.009	.186	.084	-.137
	.322	.283	.271	-.194		.018	.582	.055	-.063

Tabella 2

Bibliografia

1. Ruesch J.: The infantile personality. *Psychosom Med.* 10: 134-144, 1948
2. MacLean PD: Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom. Med.* 11: 338-353, 1949
3. Marty P, M'Uzan M., 1963: La pensée opératoire. "revue Française de Psychanalyse (Suppl) 27: 1345-1356, 1963
4. Nemiah JC, Sifneos PE: Affect and fantasy in patients with Psychosomatic disorders, in: *Modern trends in Psychosomatic Medicine*, vol. 2 - Edited by Hill O. London, Butterworths, 1970
5. Krystal H, Raskin H: *Drug dependence*, Wayne University Press, Detroit 1970
6. Sifneos PE, *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Harvard University Press, Cambridge, 1972
7. Wieder H, Kaplan EH: Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanal Study Child* 24: 399-431, 1969

15

8. Milkman h, Frosch WA: On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *J. Nerv Ment Dis* 156: 242-248, 1973
9. Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on Heroin and Cocaine dependence *Am J Psychiatry* 142: 1259-1264, 1985
10. Wurmser L: Methadone and craving for narcotics: observation of patients on methadone maintenance in psychotherapy, in *Proceedings of the Fourth National Methadone Conference, San Francisco, 1972*. New York, National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics, 1972.
11. Wurmser L.: Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use. *J Am Psychoanal Assoc* 22: 820-843, 1974
12. Khantzian EJ: Opiate addiction: a critique of theory and some implications for treatment. *Am J Psychother* 28: 50-70, 1974
13. Khantzian EJ: A preliminary dynamic formulation of the psychopharmacologic action of methadone, in *Proceedings of the Fourth National Methadone Conference, San Francisco, 1972*. New York, National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics, 1972.
14. Khantzian EJ: Psychological (structural) vulnerabilities and the specific appeal of narcotics. *Ann NY Acad Sci* 398: 24-32, 1982
15. Wurmser L: *Mr. Pecksniff's Horse? (psychodynamics in compulsive drug use)* Nida, New York, 1977
16. Rossi R, Peraldo R: *La miseria di dionisio in: Problemi attuali di psichiatria, Giappichelli, Torino, 1982*
17. Blatt SJ, McDonald C, Sugarman A: Psychodynamic theories of opiate addiction: new directions for research, *Clin Psicol Rev* 4: 159-189, 1984
18. Blatt SJ, Rounsaville B, Eyre SL, et al.: The Psychodynamics of opiate addiction. *J Nerv Ment Dis.*, 172: 342-352
19. Wurmser L: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatments of compulsive drug abusers, part 1: dynamic sequences, compulsive drug abuse. *J Subst Abuse Treat* 4: 157-168, 1987
20. Wurmser L: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatments of compulsive drug abusers, part 2: dynamic and therapeutic conclusions from the experience with psychoanalysis of drug users, *J Subst Abuse Treat* 4: 169-179, 1987
21. Kohut H.: *Narcisismo e analisi del Sé - Boringheri, Torino, 1978*
22. Rossi R: Il problema generale delle dipendenze e il concetto di depressione anaclitica, *Formazione e società*, 20: 111-118, 1988
23. McDougall J: *Teatri del corpo, Trad. Ital., Cortina, Milano, 1990*
24. Krystal H.: Alexithymia and Psychotherapy *Am J Psychother* 23: 17-31, 1979
25. Taylor GJ, Bagby MR, Ryan D: Toward the development of a new Self-Report Alexithymia Scale *Psychother Psychosom* 44: 191-199, 1985
26. Taylor GJ, Bagby MR, Parker J: Factorial validity of the Toronto Alexithymia Scale with a large clinical sample. *Psychosomatic Medicine*, 50: 205-206, 1988

16

pheta
focus
1985
patients
Four-
g; Na-
72.
alsive
ation
urna-
etha-
ation
cific
drug
chia-
iate
984
iate
ytic
om-
ytic
atic
Su-
io-
31,
lf-
xi-
io:

27. Wise TN, Mann LS, Hill B: Alexithymia and repressed mood in the psychiatric patient, *Psychoter Psychosom* 54: 26-31, 1990
28. Parker J, Bagby MR, Taylor GJ: Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? *Comprehensive Psychiatry*, 32: 387-394, 1991
29. Delle Chiaie, Lega A, Modificazioni dei valori di alexitimia nella depressione maggiore. Un confronto pre-post trattamento, *Medicina Psicosomatica*, in press, 1993
30. Taylor GJ, Bagby MR, Ryan DP, Parker JD: Validation of the alexithymia construct: A measurement-based approach. *Can J Psychiatry*, 35: 290-296, 1990
31. Rybakowsky J, Ziolkowski M, Zasadzka T, et al.: High prevalence of alexithymia in male patients with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend* 21: 133-136, 1988
32. Haviland et al.: The relationship between alexithymia and depressive symptoms in a sample of newly abstinent alcoholic inpatient, *Psychoter Psychosom* 49: 37-40, 1988
33. Haviland Mg, et al.: Validation of the Toronto Alexithymia Scale with Substance Abusers, 50: 81-87, 1988
34. Taylor MB, Parker JD, Bagby RM: A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence, *Am J Psychiatry* 147: 1228-1230, 1990
35. Baconcini C.: Aspetti psicodinamici e psicoterapici delle tossicomanie: *Riv. Sper. Freniatria* 95: 1229-1235, 1971
36. Rossi R., Boidi G., Lequio M., Odone L., Peraldo R., Spallarossa A.: Un punto dolente nella psicoterapia del tossicomane: il rapporto arcaico in: *Prospettive psicoterapiche nel trattamento dei tossicomani*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1977
37. Robert G., Rocco GL: Gli antagonisti della morfina nel trattamento della dipendenza da oppiacei, *Riv. Sper. Freniatria*, 101: 677-688, 1977
38. Scarsi FJ: Alcune considerazioni in tema di tossicomania, interventi nel campo delle tossicomanie, patologia relazionale e religiosità paradossa, in: *Problemi di formazione e assistenza psicoterapica nei sricizi territoriali - Atti XI e XII Congresso della Società di Psicoterapia Medica*, 1977, 1978
39. Lequio M, Odone L, Scarsi FJ: L'approccio psicoterapeutico in situazioni acute nell'ambito del trattamento del tossicomane in: *La psicoterapia nelle situazioni di crisi*, Pensiero Scientifico, Roma, 1978
40. Carrer F., Odone L., Lequio M., Peraldo R.: Alcune considerazioni cliniche sull'uso del metadone in un servizio a favore dei tossicodipendenti della Provincia di Genova, *Rassegna di Criminologia* 10: 11-20, 1979
41. Lequio M., Peraldo R., Rossi R., Rotunno R., Scarsi FJ: Trattamento con metadone degli eroinomani, note ed esperienze cliniche, 101: 1400-1410, 1977
42. Ballauri G., Ferrari G., Pucci G., Rossi R., Scarsi FJ: Tossicomania in una

17

città industriale del nord, dati statistici e psicosociali, Riv degli Ospedali, 9: 49-58, 1977

43. Bucca M., Berruti G, De Martini M, De Stefani P, Cogorno L, Cogorno P, Gambato M, Strata M, Neri SN, Balestra V: Una versione italiana della Toronto Alexithymia Scale (in stampa)
44. Taylor GJ: Alexithymia: Concept, measurement, an implication for treatment. *Am J Psychiatry*, 141: 725-732, 1984
45. Greenberg RP, O'Neil RM: The construct validity of the MMPI alexithymia scale with psychiatric inpatients. *J Personal Assess* 52: 459-464, 1988
46. Fukunishi I.: Psychosomatic aspects of patients on hemodialysis patients. 2. Alexithymic trait of hemodialysis patients with diabetic nephropathy. *Psychother Psychosom* 52: 58-65, 1989
47. Cooper DE, Holmstrong RW: Relationship between Alexithymia and somatic complaints in a normal sample. *Psychother Psychosom* 41: 21-24, 1984
48. Feiguine RJ, Jones NF, Kassel PA: Distribution of alexithymic characteristics within an adult outpatients population, *Psychother Psychosom* 50: 61-67, 1988
49. Taylor GJ, Bagby RM: Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatr Clin North Am* 11: 351-366, 1988
50. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: The alexithymia construct: relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Compr Psychiatry* 30: 434-441, 1989
51. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: Dimensional analysis of MMPI Alexithymia Scale. *J Clin Psychol* 47: 221-226, 1991
52. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: Reassessing the validity and reliability of the MMPI Alexithymia Scale, *J Pers Assess*, 56: 238-253, 1991
53. Jaffe JH: Opioids in Frances AJ, Hale RE (eds.): *Psychiatry update*, APA Annual Review, APA Washington D.C., 1986
54. Rossi R: I lotofagi, *Riv. di Psicoanal* 3: 359-367, 1988
55. Winnicott DH: *From Pediatrics to Psychoanalysis*, Basic Books, London, 1958
56. Gilberti F. Considerazioni generali in tema di tossicomanie, *Riv. Sper. Freniatria* 95: 1215-1220, 1971
57. AA.VV.: *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1992
58. Gabbard GO: *Psichiatria psicofarmacologica*, trad. ital., Cortina, Milano, 1992
59. Rossi R.: *Terapia della droga: illusione o realtà*, Pensiero Scientifico, Roma, 1975
60. Cassano GB: *Psichiatria Medica*, UTET, 1992
61. Delle Chiaie R.: *Alexitimia e patologia somatica funzionale*, Liviana, Napoli, 1993.

18