

COMORBIDITA'

La presenza di aspetti comuni tra le varie "patologie da abuso" è stato ampiamente dimostrato, ora analizzerò gli aspetti particolari di questa comorbidità suddividendo i soggetti per diagnosi principale e secondaria. Qui riporterò i dati epidemiologici che si riferiscono a campioni di popolazione affetti da tossicodipendenza con comportamenti alimentari alterati oppure disturbi alimentari con abuso di sostanze e le ipotesi sostenute dai diversi autori a sostegno della comorbidità.

4.1 Tossicodipendenti con comportamenti alimentari alterati

La ricerca di Jonas, Gold, Sweeney e Pottash del 1987 indaga la natura del legame tra disturbi alimentari e tossicodipendenza attraverso lo studio di 259 pazienti affetti da abuso di cocaina, partendo da due diverse ipotesi: la prima, è che in essi possono coesistere il disturbo alimentare e la tossicodipendenza, ma anche un terzo disturbo che spiegherebbe entrambi; la seconda che ambedue i disturbi siano soltanto sintomi di una patologia che riguarda l'umore. Ciò che è stato scoperto attraverso questo studio è che il 9%

dei pazienti ha avuto una diagnosi di anoressia nervosa nel corso della vita⁸⁴, il 22% risponde ai criteri di bulimia nervosa, il 7% tra anoressia e bulimia e il 17% (59% dei pazienti bulimici) ha una storia di comportamento alimentare incontrollato. Si può pensare che l'abuso di cocaina sia responsabile della produzione di sindromi anoressiche o bulimiche, e di sindromi parziali, ma la questione che si pone in questo studio è se la cocaina sia usata come "automedicazione" in un preesistente disturbo alimentare o se ne sia la causa precipitante.

L'abuso di sostanze con comorbidità è stato verificato anche per altri disturbi psichiatrici⁸⁵ su pazienti adolescenti e si sono potuti individuare elementi prognostici che insieme a disordini psichiatrici favoriscono l'abuso di sostanze. Dal punto di vista psicopatologico si sono notate relazioni con disturbi dell'umore, con personalità antisociale, con disturbi d'ansia e con disturbi del comportamento alimentare; il tipo di relazione fra i vari elementi va indagato ulteriormente, ma si pensa che l'uno possa determinare l'altro, che si alternino, che abbiano una comune matrice o che l'aspetto psicopatologico sia determinante per entrambe gli elementi.

Su alcuni pazienti seguiti in un programma di trattamento per la tossicodipendenza Corrigan e colleghi (1990) hanno indagato la prevalenza di

⁸⁴ In questa parte di popolazione sono presenti molti comportamenti significativi come l'uso di pillole dietetiche, di diuretici finalizzati alla perdita di peso con intento purgativo che la differenziano dalle altre categorie con diagnosi di altri disturbi del comportamento alimentare.

⁸⁵ "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescent" Oscar G. Bukstein, David A. Brent e Yifrah Kaminer. American Journal of Psychiatry 146/9 settembre 1989.

sintomi bulimici a seguito dell'osservazione di una aumentata prevalenza di abuso di sostanze in pazienti con disturbo del comportamento alimentare, sia di una in parenti di primo grado, sia di una di storia clinica di disturbo alimentare in pazienti alcoliste donne e anche a seguito della similarità fra i profili del MMPI⁸⁶ in pazienti affette da disturbi alimentari e dipendenza chimica. L'8% delle pazienti (contro lo 0% degli uomini) presenta risultati superiori al cut-off al BUILT e fa quindi pensare alla presenza di comportamenti bulimici.

T. Wilson nel 1991 trova una prevalenza di disturbi del comportamento alimentare in soggetti abusatori di alcol e cocaina che è decisamente più elevata rispetto a quella della popolazione generale. Egli però riporta conclusioni in leggero disaccordo con quelle di molti altri ricercatori e afferma che la prevalenza riscontrata è identica a quella osservata sul resto della popolazione psichiatrica.

L'ultimo studio cui faccio riferimento è condotto da Melanie Katzman (1991) su 46 uomini e 34 donne affetti da abuso di sostanze che rientrano in un programma specifico di trattamento per la tossicodipendenza. Il 7% dei pazienti in disassuefazione da cocaina sostiene di aver fatto uso della sostanza per controllare il proprio peso e il 24% degli uomini riporta episodi di alimentazione incontrollata con componenti affettive e cognitive simili a quelle

⁸⁶ Similarità fra i profili dell'MMPI di pazienti tossicodipendenti e affette da disturbi alimentari si sono osservate nelle scale della depressione, della schizofrenia e della psicoastenia: queste farebbero pensare ad un profilo tipico del disturbo ossessivo-compulsivo

riportate dalle donne bulimiche. Le conclusioni cui è giunta la ricercatrice è che comportamenti, apparentemente legati alla salute e all'adattamento, possono prendere andamento patologico per la magrezza o l'abuso di molteplici sostanze.

Hudson, Weiss e Pope nel 1992 compiono un'indagine su soggetti ospedalizzati e affetti da tossicodipendenza per rilevare presenza e natura della patologia e capire se vi sono aspetti comuni con altre patologie psichiatriche. Essi riscontrano un maggior numero di soggetti affetti da disturbi del comportamento alimentare fra coloro che abusano di alcol e, contemporaneamente, di cocaina; le possibili spiegazioni sono la presenza di una predisposizione verso le alterazioni alimentari che inducono ad abusare di sostanze, oppure che l'uso di sostanze eccitanti nelle donne potrebbe favorire la diminuzione del peso corporeo e indurre, in qualche modo, a preoccupazioni patologiche verso il proprio corpo e distorsioni dell'immagine corporea.

J. Wilson nel 1992 analizza la relazione tra il comportamento di abuso e la bulimia nervosa, partendo dal presupposto che entrambi sono comportamenti compensatori caratterizzati da impulsività, autosvalutazione, bassa autostima e senso di colpa. Entrambe sono caratterizzate dall'elevazione delle scale 2, 8 e 4 del MMPI, ossia depressione, schizofrenia e deviazione psicopatica mostrano grosse differenze rispetto al gruppo di controllo. La prevalenza di bulimia è del 12% sul gruppo totale di soggetti ed inoltre sono state identificate 3 pazienti anoressiche, quindi al 17% dei soggetti è stato

diagnosticato un disturbo del comportamento alimentare.

Koepp e colleghi⁸⁷ svolgono una ricerca per verificare se la concomitanza di comportamenti di abuso in genere sia accompagnata anche da una diagnosi di disturbo borderline di personalità ed evidenziano che fra i soggetti che abusano di alcol o di altre sostanze psicoattive, il 5% ha sofferto in passato di un disturbo borderline, il 25% di disturbi del comportamento alimentare e l'11% ha una concomitanza con il disturbo borderline. Queste patologie sarebbero mediate da un sistema di oppioidi endogeni⁸⁸ e probabilmente l'abuso di sostanze non è che un sintomo di un concomitante disturbo dell'umore. Il processo neuroendocrino è probabilmente associato ad uno neuropsicologico che insieme contribuiscono ad estendere e sviluppare il disordine di personalità.

Uno studio condotto da De Vanna, Allegranti, Onor e Aguglia del 1999 ipotizza uno substrato comune tra le patologie in questione rappresentata da uno scarso controllo degli impulsi e dalla presenza di comportamenti disadattivi della medesima natura. I risultati mostrano come la scala (D) della depressione⁸⁹ sia moderatamente elevata in soggetti tossicodipendenti maschi e femmine, con o senza alterazioni del comportamento alimentare. Elevazioni

⁸⁷ "Borderline diagnosis and substance abuse in female patient with eating disorders" Werner Koepp, Sebastian Schildbach, Carola Schmager e Robert Rohner. *International Journal of Eating Disorders* 14/1, 1993.

⁸⁸ Khantzian sostiene che l'abuso di cibi e sostanze psicoattive siano legati alle depressione e di fatto ne costituiscano una via di fuga, una sorta di automedicazione spiegata dal punto di vista chimico da una alterazione del sistema degli oppioidi endogeni.

⁸⁹ Inserita fra le scale cliniche.

notevoli si hanno soltanto nella scala (DEP) della depressione⁹⁰ del MMPI-2 in tossicodipendenti maschi privi di alterazioni alimentari ed in tossicodipendenti femmine con comportamenti alimentari alterati. Lo stesso studio rileva come solo i soggetti con comorbidità mostrano una relazione tra depressione e bassa autostima e che spesso in soggetti affetti da entrambe le patologie questi caratteri sono associati a problemi relazionali e sociali, impulsività, ostilità e aggressività, scarsa risposta emotiva, rabbia e risentimento, bassa tolleranza alle frustrazioni.

Uno studio condotto lo scorso anno⁹¹ su 48 tossicodipendenti e 56 soggetti di controllo propone come possibile spiegazione della comorbidità tra queste patologie la presenza di uno substrato biologico comune che consiste nella variazione del livello di serotonina, associata ad aspetti specifici legati al sesso; esistono infatti variazioni del livello di questo neurotrasmettitore capaci di regolare i comportamenti di assunzione e nel contempo di produrre disforia, rabbia e abbassamenti del tono dell'umore. Lo studio propone quindi la possibilità che vi sia una predisposizione genetica favorita da elementi quali lo stress, la rabbia e le frustrazioni come base per entrambe i disturbi.

Non posso affermare di aver riportato tutta la letteratura sull'argomento, ma mi auguro di aver dato un'idea abbastanza chiara sulle diverse ipotesi formulate in materia, e degli orientamenti che prevalgono attualmente fra gli

⁹⁰ Inserita fra le scale di contenuto.

⁹¹ Ida Allegranti, Maria Luisa Onor, Maurizio De Vanna ed Eugenio Aguglia, 2000.

studiosi, nella seconda parte di questa tesi vedremo se dal nostro campione otterremo dati che confermano o meno una delle ipotesi esistenti.

4.2 Disturbi del comportamento alimentare con abuso di sostanze

Molte sono state le ricerche che nel corso degli anni hanno indagato quest'ambito, a differenza di quelle che hanno interessato soggetti tossicodipendenti con comorbidità, citerò, in questa parte, solo le più significative. Ora descrivo alcuni fra gli studi raccolti da Holderness e colleghi nella review del 1994 per comprendere come sia nato questo filone di ricerca e come si sia modificato negli anni. Dalla ricerca di Garfinkel del 1980 su 68 pazienti con diagnosi di anoressia-bulimia (di cui 66 donne) e 73 anoressici restrittivi (di cui 69 donne) che in qualche modo si sono presentate per richiedere un trattamento si è riscontrato che il 20,4% delle anoressico-bulimiche contro il 4,8% delle anoressiche aveva assunto sostanze alcoliche nell'ultima settimana. Strober, l'anno successivo, studia 22 pazienti anoressiche bulimiche e lo stesso numero anoressiche restrittive ed osserva che il 23% delle pazienti appartenenti alla prima categoria diagnostica riporta abuso di sostanze alcoliche, le altre non manifestano questo tipo di comportamenti. Garner et al. studiano 59 pazienti bulimiche normopeso, 59

bulimiche anoressiche e lo stesso numero di anoressiche per capire se queste manifestino anche problemi di uso di alcol o di sostanze: quello che riscontrano è che il 60% delle prime, il 45% delle seconde e il 34% delle terze, fa uso di alcol più di una volta al mese. Per quel che concerne l'uso di droghe da strada invece viene riportato che il 51% delle bulimiche, il 40% delle bulimiche anoressiche e il 19% delle anoressiche presentano questo tipo di problemi. Un'ultima ricerca importante del 1991⁹² raccoglie le frequenze dell'uso di alcol distribuito in quantitativi assunti su un centinaio di pazienti bulimiche. Come si è potuto osservare la maggior parte di queste ricerche indaga sulla presenza di un certo comportamento in pazienti con disturbi del comportamento alimentare che rientrano in una delle categorie diagnostiche previste; via via si è passati ad analizzare comportamenti e caratteristiche sempre più profondi.

Shissan e colleghi nell'1989 analizzano un gruppo di donne con disturbi del comportamento alimentare, problemi d'abuso di alcol e sostanze oppure entrambe: hanno scoperto che le prime assomigliano alle seconde per ribellione e comportamenti antisociali e si differenziano perché sono meno iperattive ed hanno esperienze più psichiche d'ansia. Il livello di psicopatologia rilevato è, come previsto, più elevato nei soggetti che hanno comorbidità che in quelli che mostrano soltanto uno dei comportamenti descritti. I soggetti con condotte alimentari alterate evidenziano al MMPI una particolare elevazione

⁹² Jager, Liedtke, Kunsebeck, Seide e Lempa, 1991.

della scala della depressione, a differenza di quelli con diagnosi di abuso di sostanze che mostrano una maggiore elevazione della scala della deviazione psicopatica; comunque tutte le differenze significative si giocano sull'elevazione della scala della ipocondria, della psicastenìa, della maniacalità e della introversione sociale.

Nella ricerca di Wilson del 1991 è stata rilevata notevole comorbidità⁹³ tra i disturbi del comportamento alimentare, in particolare bulimia, ed abuso di sostanze; la prevalenza aumenta in pazienti sottoposti a trattamenti finalizzati alla cura della tossicodipendenza; l'autore conclude che le bulimiche senza comorbidità con abuso di sostanze sono diverse⁹⁴ dalle altre e mostrano differenze notevoli nei profili del MMPI, raccomanda quindi che vengano forniti loro trattamenti terapeutici differenti e adatti alle loro caratteristiche.

Bushnell⁹⁵ 1993 ipotizza che il fallimento nel controllo degli impulsi costituisca il meccanismo alla base dell'abuso di sostanze e che la sociopatia definisce una sorta di sottogruppo di pazienti "femmine" con bulimia nervosa. Il comportamento impulsivo è considerato un elemento di rischio e si manifesta con un alto tasso di comportamenti autolesivi come l'abuso di sostanze alcoliche, le ripetute overdosi, la promiscuità sessuale,...ed è stato

⁹³ Non si è riscontrata la stessa comorbidità all'interno dei disturbi del comportamento alimentare, pare cioè che siano patologie dello stesso ambito ma con caratteri molto dissimili.

⁹⁴ Le pazienti bulimiche con comorbidità di fatto mostrano caratteri di personalità molto simili a quelli evidenziati in soggetti con abuso di sostanze e senza comorbidità.

⁹⁵ "Impulsivity in disordered eating, affective disorder and substance use disorder" J. A. Bushnell, J. E. Wells, M. A. Oakley-Browne, *British Journal of Psychiatry* 169 1996; 329-333.

definito un sintomo di comorbidità⁹⁶.

Katzman e Walchik nel 1994 scoprono che le pazienti bulimiche e quelle tossicodipendenti hanno elevate aspettative, manifestano un grande bisogno di approvazione sociale e bassa autostima. Osservazioni cliniche compiute da Butterfield e Leclair mostrano che le stesse pazienti hanno problemi con il controllo degli impulsi, deterioramento delle difese, umore instabile ed alti livelli d'ansia.

Sansone e colleghi⁹⁷ (1994) rilevano l'alta prevalenza del disordine di personalità borderline⁹⁸ in donne con disturbi alimentari ed abuso di sostanze e impostano una loro ricerca su questo aspetto. Le conclusioni di questa analisi parlano di una maggiore frequenza di comportamenti autodistruttivi finalizzati alla morte (tentativi di suicidio, overdose,...) in rapporto a quelli misurati nel gruppo di controllo.

⁹⁶ Hanno problemi di impulsività secondo questo studio il 7% dei controlli, l'11% delle pazienti affette da bulimia nervosa, il 14% di quelle con disturbi dell'umore ed il 15% dei soggetti colpiti da abuso di sostanze.

⁹⁷ "A comparison of borderline personality symptomatology and self-destructive behavior in women with eating, substance abuse, and both eating and substance abuse disorders" a cura di Randy A. Sansone, Mark A. Fine, e Janet L. Nunn. *International Journal of Eating Disorders* 8/3, 1994.

⁹⁸ Molte sono le definizioni che sono state date a questo disturbo da quando è stato individuato a oggi, io ne riporterò qui i caratteri salienti secondo le ipotesi più significative dei diversi autori. Grinker (1986) divide il disturbo in 3 sottotipi ma ne delinea anche gli aspetti comuni: rabbia, difficoltà nelle relazioni interpersonali, carenza nell'identità del sé e depressione pervasiva. Gunderson e Singer (1975) ridefiniscono le caratteristiche aggiungendo l'elemento dell'impulsività. Kernberg cerca una definizione psicoanalitica e delinea questo disturbo come una organizzazione di personalità caratterizzata da debolezze dell'io, operazioni difensive e relazioni oggettuali problematiche. In questi termini andrebbe formulata una diagnosi precisa.

Wiederman e Pryor⁹⁹ nel 1996 affermano che l'esistenza di comportamenti bulimici può essere considerata un indicatore dell'aumentata incidenza di abuso di sostanze, ma la prevalenza di comportamenti di abuso in pazienti anoressiche risulta essere particolarmente bassa. In soggetti con bulimia nervosa si evidenzia una relazione diretta con l'abuso di sostanze e si instaura un comportamento multi-impulsivo caratterizzato dal rischio di suicidio e da tutti gli altri comportamenti riportati sopra a causa forse di una perdita di inibizioni. Uno studio degli stessi Autori¹⁰⁰ afferma che la porzione di restrizione calorica, indipendentemente dal tipo di diagnosi risulta essere predittiva dell'uso di anfetamine, la severità delle abbuffate è predittiva per l'uso dei tranquillanti e la severità dei comportamenti purgativi fornisce indicazioni sull'abuso di alcol, cocaina e di sigarette.

Lilenfeld e altri nel 1997 analizzano un gruppo di pazienti con bulimia nervosa e comorbidità con abuso di sostanze, che talvolta mostrano comportamenti impulsivi. Questi ricercatori scoprono che la fobia sociale conduce a disordini di personalità del cluster B o C ed è decisamente più probabile in donne bulimiche con comorbidità che in pazienti con alterazioni esclusive del versante alimentare. Le donne che rispondono ad entrambe le diagnosi sono caratterizzate da ansia sociale, comportamenti antisociali e vari disturbi di personalità, ed hanno familiarità con tossicodipendenza, ansia,

⁹⁹ "Substance use and impulsive behaviors among adolescent with eating disorders" di Michael W. Wiederman e Tamara Pryor. *Addictive Behaviors* 21/2 1996 pag. 269-272.

¹⁰⁰ "Substance use among women with eating disorders". *International Journal of Eating disorders* 20/2 1996, pag. 163-168.

impulsività ed instabilità affettiva, ma solo con parenti di primo grado. La comorbidità in donne bulimiche si riscontra frequentemente in un sottogruppo caratterizzato da ansia, panico, depressione e impulsività o personalità disturbata da instabilità emotiva, questo ha portato i ricercatori a ipotizzare l'esistenza di due diversi sottogruppi: uno multi-impulsivo ed uno "contenitivo" che porterebbero a manifestazioni sintomatiche molto diverse pur all'interno della medesima diagnosi clinica.

4.3 Aspetti specifici: "il genere"

Nel corso dei capitoli precedenti sono stati analizzati diversi aspetti che caratterizzano alcune fasce di una determinata popolazione clinica, ora vorrei fare una precisazione sulle differenze di genere, che sono state evidenziate da molti studiosi nel corso di differenti indagini le quali hanno per oggetto disturbi del comportamento alimentare e problemi di abuso di sostanze.

Il primo studio cui faccio riferimento è quello compiuto da Murnen e Smolak nel 1997 avente come oggetto comportamenti alimentari alterati, e parte dal presupposto che sia essenziale comprendere lo sviluppo della psicopatologia per spiegare la grande discrepanza di genere nelle patologie alimentari. Ciò che si riscontra è una piccola relazione positiva tra femminilità e patologie di questo versante ed una negativa con la mascolinità; le conclusioni

cui giungono gli Autori prevedono tuttavia ulteriori indagini allo scopo di operationalizzare e chiarire gli aspetti specifici del legame. Il primo passo necessario per compiere una corretta analisi in quest'ambito è stato quello di individuare alcuni caratteri che indicassero in modo chiaro gli elementi salienti di femminilità e mascolinità, e a tal fine sono nate le due scale specifiche dell'MMPI che si basano prevalentemente sulle opposizioni fra i ruoli e sull'importanza del contesto per definire questi aspetti specifici.

Un'altra ricerca compiuta nello stesso anno da Tanofsky e colleghi nasce da un confronto su pazienti con disturbo da alimentazione incontrollata di sesso maschile e femminile, come conclusione le due categorie non differiscono nelle caratteristiche cliniche del disturbo, tuttavia si evidenzia una differenziazione nelle patologie associate: gli uomini hanno maggiori difficoltà che rientrano nelle patologie dell'asse primo e frequente comorbidità con abuso di sostanze; le donne hanno emozioni negative, ansia, rabbia, frustrazione e depressione.

Nel 1998 è stato pubblicato uno studio di Allen¹⁰¹ et al. su un gruppo di pazienti alcolisti al fine di rilevare le differenze tra donne¹⁰² e uomini su un pool di sei fattori di analisi: perdita di controllo, occupazione e disturbi sociali, conseguenze fisiche ed emotive, rapporti interpersonali e storia familiare.

¹⁰¹ "Gender differences in factor structure of the self-administrated alcoholism screening test" di Lisa M. Allen, Christopher J. Nelson, Poupak Rouhbakhsh, Stephanie L. Scifres, Roger L. Greene, S. Thomas Kordinak, Leo J. Davis e Robert M. Morse.

¹⁰² Nelle donne la prevalenza per questo disturbo è decisamente inferiore rispetto a soggetti con le medesime caratteristiche ma di sesso maschile.

Prima di descrivere i risultati va detto che gli autori hanno rilevato una differenza notevole sulle manifestazioni sintomatiche dei due gruppi e ciò costituisce un problema la diagnosi di abuso di alcol viene fatta secondo i medesimi criteri per entrambe i sessi e questi sono decisamente più vicini agli elementi che caratterizzano la sintomatologia maschile. Le donne sono più segrete circa il loro alcolismo e nel caso di abuso di sostanze associano spesso tranquillanti nelle loro abitudini anche perché frequenti sono le relazioni con stati depressivi; gli uomini adottano spesso comportamenti pericolosi dopo una assunzione alcolica ed hanno frequenti difficoltà relazionali per effetto della sostanza. Entrambe i gruppi dilazionano molto la loro richiesta di aiuto e nelle donne si ha spesso un contatto per disagi psicologici, solo in un secondo tempo queste saranno in grado di ammettere il loro alcolismo.

Chatham e colleghi nel 1999 pubblicano una ricerca condotta su pazienti in trattamento metadonico e scoprono prima di tutto che le donne analizzate hanno famiglie d'origine più disturbate di quelle dei loro pari uomini. Gli Autori compiono una dettagliata analisi di vari elementi all'ammissione dei pazienti e li seguono poi in un follow-up. Osservano che entrambe le categorie entrano in trattamento molto disturbate ed escono con una diminuzione nell'uso di sostanze e nelle attività criminose, ma le donne ricevono maggior beneficio in aree come lo status psicosociale e le relazioni familiari. Naturalmente gli Autori non entrano nella polemica che da diversi anni si fa a livello internazionale sull'adozione di questa specifica terapia, ma accennano alla possibilità che

qualcuno possa dissentire dai loro risultati e affermare che non vi sia in questi pazienti alcun miglioramento dovuto al farmaco.

La ricerca di Kathleen e colleghi del 1999 descrive sostanzialmente i comportamenti tipici dei due gruppi di pazienti nei confronti dell'abuso. Le donne normalmente iniziano a far uso di una certa sostanza in momenti successivi, sono fortemente influenzate dal fidanzato o si rivolgono ad una certa sostanza come automedicazione per disturbi dell'umore ed hanno maggiore comorbidità con disturbi psichiatrici; esse riportano diverse ragioni per il mantenimento dell'abuso, ma iniziano prima il trattamento. Gli uomini manifestano i disordini "tipici"¹⁰³ dell'abuso. Gli Autori concludono che gli attuali cambiamenti dei ruoli sociali come la tendenza ad entrare in spazi lavorativi o ambienti generalmente controllati da uomini possono avere una qualche influenza sull'inizio di comportamenti di abuso nelle donne.

Parlando di aspetti generali, possiamo anche fare riferimento a popolazioni di tossicodipendenti o di disturbi del comportamento alimentare, ma nell'analisi delle comorbidità specifiche dobbiamo necessariamente riferirci a delle sottopopolazioni particolari, come ad esempio alle femmine piuttosto che ai maschi o ai soggetti affetti da bulimia piuttosto che da anoressia; con il proseguo della ricerca però queste distinzioni non basteranno più, poiché sarà necessario fare riferimento a forme purgative o restrittive di una medesima

¹⁰³ Quei comportamenti che in genere vengono considerati identificativi per un soggetto con abuso di sostanze psicoattive che ancora una volta vengono definite in base alle caratteristiche dei pazienti maschi.

patologia o all'abuso di eroina piuttosto che di cocaina. Soprattutto nella parte relativa ai risultati delle analisi del nostro campione, vedremo come sarà importante fare riferimenti specifici ad una delle sottopopolazioni per poterne verificare le caratteristiche e rapportarle alle descrizioni presenti in letteratura.

4.4 Caratteristiche comuni alle patologie di abuso

Partendo dal presupposto che i principali disturbi psicologici del nostro tempo sono dipendenza e compulsività, soprattutto se facciamo riferimento al mondo occidentale, possiamo ipotizzare che il problema stia nel controllo degli impulsi e porti con sé una serie di caratteristiche psicodinamiche e cognitivo-comportamentali comuni sia alle tossicodipendenze sia ai disturbi alimentari che possono essere, ad esempio¹⁰⁴:

- un difetto più o meno grave dell'identità psicofisica;
- un deficit della capacità di simbolizzazione;
- comportamenti rituali di tipo ossessivo-compulsivi o evitante;

Questi caratteri sarebbero relativamente simili e risulterebbero complessi nel trattamento, poiché il sintomo compulsivo avrebbe la funzione di diminuire il livello d'ansia e soddisferebbe, per certi versi, un bisogno di controllo che è tipico dei soggetti con comorbidità; proprio per questo il trattamento più efficace potrebbe essere quello integrato, che tenga in considerazione gli

¹⁰⁴ "disordini alimentari: un inquadramento medico e psicologico" a cura di Marco Longo (ABA Roma) <http://www.sameint.it/aba/htm>

aspetti personologici, quelli socio-culturali e quelli biologici, piuttosto che quello che ne privilegia uno a scapito di un altro. Sarebbe utile ed auspicabile tendere ad avanzamenti migliorativi e progressivi, piuttosto che sperare in una guarigione rapida e completa, la quale probabilmente resta una speranza ,piuttosto che una reale possibilità, almeno nel breve periodo.

Pensando ad una comorbidità bisogna tenere presenti alcuni aspetti salienti che interessano tutte le patologie da abuso, solo dopo potrà essere comprensibile una analisi più profonda del problema:

- la crescente frequenza nella nostra epoca
- la distribuzione prevalente nella cultura occidentale
- l'incidenza maggiore durante l'età evolutiva o meglio nell'adolescenza
- la frequente associazione a personalità di tipo borderline
- il coinvolgimento prioritario di uno o dell'altro genere, a seconda della patologia (femmine con disturbi alimentari e maschi tossicodipendenti).

Le caratteristiche su indicate fanno apparire immediatamente alcuni caratteri di debolezza che possono condurre alla patologia: l'adolescenza infatti è per eccellenza il momento di maggiore vulnerabilità per chiunque, ma in alcuni soggetti con personalità non abbastanza strutturate, provoca comportamenti autolesivi o di ribellione tanto forti quanto dannosi. L'epoca nelle quale viviamo è certamente un momento piuttosto carente per quel che riguarda gli ideali, il consumismo ha preso il posto di molti altri obiettivi sui quali poter fondare la propria vita ed in modo particolare, secondo il mio punto

di vista, questo può dirsi per la civiltà occidentale.

Se le tossicodipendenze sottendono una perdita di controllo degli impulsi, possiamo pensare che altrettanto si verifichi per i comportamenti alimentari¹⁰⁵, dato che entrambi partono da una realtà di controllo formale della situazione e terminano in una situazione di riparazione del danno. La volontà gioca un ruolo fondamentale in entrambe le categorie psicopatologiche, considerate solo nelle prime fasi dello sviluppo della malattia, poi subentrerebbe uno stato di passività che porterebbe il soggetto a subire le conseguenze dell'abuso di sostanze o dell'eccessivo controllo o discontrollo del tipo di alimentazione. Le motivazioni e i caratteri personologici sarebbero prima concausa dell'inizio di entrambe le patologie, poi rafforzerebbero la sensazione di rispondere ad una volontà con l'aggravarsi della patologia.

Anche l'immagine corporea (Gainotti 1999) giocherebbe un ruolo importante, sia nell'abuso di sostanze sia nei disturbi del comportamento alimentare, perché nei primi potrebbe funzionare come catalizzatore dell'opposizione tra positivo e negativo, nei secondi è l'oggetto che può determinare la propria capacità di controllo.

Alcuni studi sono stati compiuti anche sul ruolo del controllo del peso come motivazione per soggetti che abusano di sostanze eccitanti come la

¹⁰⁵ Va rilevato il fatto che per queste patologie in modo particolare risulta piuttosto complesso tracciare una precisa linea di demarcazione tra la normalità e la patologia, per definirle vanno ricercate le differenze sia sul versante quantitativo sia qualitativo del pensiero e del comportamento dei pazienti.

cocaina (Carolyn Cochrane, Robert Malcolm e Timothy Brewerton 1998); in essi si è potuta evidenziare l'associazione tra alcool, cocaina e alterazioni sul versante alimentare, creando così delle nuove prospettive di studio sull'argomento. Depressione e deprivazione conseguenti a regimi alimentari molto ristretti produrrebbero, secondo gli autori, comportamenti maleadattivi rivolti proprio all'abuso di queste particolari sostanze. Nell'analisi per determinare quale fosse il disturbo primario si è notata una interazione inversa tra sobrietà e controllo del cibo.

Le relazioni interpersonali dei soggetti, che mostrano forme di "abuso", sono carenti, ma nelle varie categorie questi deficit sono frutto di fattori differenti. Il tossicodipendente spesso tende a chiudersi in un mondo relazionale speciale, fatto di rituali e abitudini legate alla sostanza, le sue amicizie risultano il più delle volte legate all'ambiente nel quale questi usi finiscono per consolidarsi, mostra comportamenti antisociali¹⁰⁶ e conflitti con le autorità; solo talvolta riesce a mantenere saldi i legami con la propria famiglia e con il mondo lavorativo. Questo però non va preso come conferma del vecchio stereotipo "droga = criminalità", ma è certo che una buona parte della giornata o del momento prescelto per l'uso viene dedicato alla ricerca all'interno di determinati ambienti dove la sostanza chiesta è più diffusa. Nei soggetti con disturbi del comportamento alimentare, invece, le relazioni vengono spesso danneggiate dalla necessità di mantenere segreti i propri

¹⁰⁶ Zack Z. Cernovsky, Richard L. O'Reilly e Maureen. Pennington 1997.

comportamenti sul versante alimentare e dalla sensazione di non poter essere compresi o di essere ostacolati nei propri obiettivi. La famiglia spesso non si accorge nemmeno del problema, perché è l'ambiente dove, secondo il modo di vedere del paziente, si manifesta il disagio e di conseguenza è quello in cui si porrà la maggiore attenzione alla segretezza.

Disturbi sul versante depressivo caratterizzano entrambe le categorie diagnostiche anche se le manifestazioni risultano spesso differenti: da un lato possono manifestarsi con comportamenti aggressivi verso la realtà circostante, dall'altro si hanno il più delle volte irrigidimenti dei regimi alimentari, al fine di aumentare i livelli di autostima e di soddisfare il proprio bisogno di controllo.