

Caratteristiche e percorsi in persone in carico al SerDP: l'uso dell'MMPI-2

Alessandra Magnani*, Gabriella Gallo**, Elisa Gambetti***

SUMMARY

■ *This study concerns a research conducted on 329 individuals divided into three groups: 109 patients in charge of the Pathological Addiction Service (SerDP) Pianura dell'AUSL of Bologna (group of drug addicts), 110 patients followed with a psychological treatment at the AUSL of Bologna in the context of The Protection of Minors or in psychotherapy at private facilities (group of patients in treatment) and 110 students of psychology or workers (non-clinical group).*

There are three research questions to which the present work seeks an answer.

The first is related to the possibility of identifying through the use of MMPI-2 a typical personality profile of the addict who turns to the SerDP.

The second is related to the possibility of identifying among SerDP patients a typical personality profile of the alcohol user, rather than the user of cannabinoids, opioids or cocaine, through the results that emerge from the MMPI-2.

The third research question aims, starting from the results emerged, to suggest which good practices can facilitate collaboration between different services such as CSM, SerDP, NPIA and SPDC in the design and maintenance of the treatment pathways of cases with comorbidities between Substance Use Disorder (DUS) and mental disorder.

The results support the hypothesis that those who turn to SerDP show specific symptoms and some typical and recurrent personality characteristics of clinical relevance, detectable by the MMPI-2 test.

On the basis of this evidence, the need to prepare, where they are not already foreseen, methodological paths of collaboration, joint management and treatment of comorbid patients involving the operators of the various territorial services seems central. ■

Keywords: MMPI-2, Personality, Assessment, Addiction, Comorbidities.

Parole chiave: MMPI-2, Personalità, Valutazione diagnostica, Dipendenza patologica, Comorbidità.

Introduzione

In letteratura si trovano risposte discordanti relativamente all'esistenza di un tipico profilo di personalità, rilevabile con il test MMPI-2, delle persone che afferiscono ai SerDP per un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS): in alcune ricerche emergono profili variegati e differenti (Ranieri *et al.*, 2012), mentre altre ritengono che il codice 46/64 sia tipico del soggetto tossicofilico (Ranieri, Gocci, 1996).

Un'altra ricerca ancora (De Fidio *et al.*, 2005) evidenzia che l'elevazione della scala 4-Pd, tipica del discontrollo pulsionale, risulta caratteristica, mentre le scale 2-D, 6-Pa e 8-Sc emergono come tratti stabili di personalità poiché si avvicinano al cut-off clinico.

Con maggiore difficoltà invece, si trovano articoli che affrontino la complessità della gestione dei trattamenti del paziente comorbile in carico al SerDP (e.g., Consoli, Giglio, 2013), soprattutto in quei casi

in cui, come nella AUSL di Bologna, il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche si fonda su un'organizzazione articolata in settori, quindi a "canne d'organo".

L'attenzione ai casi comorbili ha da lustri caratterizzato l'attività clinica degli operatori dei SerDP della AUSL di Bologna e in particolare degli psicologi.

Sono state messe a punto le *Linee di Indirizzo relative alla Cogestione delle Persone con un Disturbo da Uso di Sostanze in comorbidità con un disturbo mentale (2015)*, che si inseriscono nel solco di un percorso di integrazione tra servizi e di valorizzazione dei percorsi di accoglienza.

Tale documento, approvato dall'Ufficio di Direzione del DSM-DP dell'AUSL di Bologna, cerca di definire a livello metodologico le modalità di collaborazione tra SerDP, CSM, NPIA e Area Emergenza-Urgenza, fornendo una sistematizzazione alle diverse modalità di collaborazione già esistenti nel DSM-DP dell'AUSL di Bologna.

La complessità e la liquidità che caratterizzano le diagnosi di comorbidità dei pazienti con DUS e disturbo mentale, si riflettono nelle prassi operative di trattamento che risultano anch'esse complesse e liquide nel senso di essere variabili non solo in relazione agli operatori, ai mandati, alla storia dei servizi coinvolti, ma anche in relazione alla mutevolezza che caratterizza il fenomeno della comorbidità nella sua prospettiva temporale.

* *Dirigente Psicologa e Psicoterapeuta, coordinatrice del Settore SerDP, UOC Psicologia Territoriale, AUSL Bologna.*

** *Direttore UOC Psicologia Territoriale, DSM-DP, AUSL Bologna.*

*** *Dirigente Psicologo e Psicoterapeuta, NPIA San Lazzaro di Savena, UOC Psicologia Territoriale, AUSL Bologna.*

Il colloquio congiunto tra gli operatori del SerDP e del CSM o NPIA con il paziente in tutte le sue declinazioni è risultato essere nella prassi la metodologia più appropriata ed efficace nella gestione dei casi comorbili più complessi.

Tale metodologia di lavoro prevede una richiesta di consulenza inter-servizi, richiesta che si basa anche sulle ipotesi che emergono dall'approfondimento psicodiagnostico.

La stesura delle Linee di Indirizzo sopra citate è stata infatti preceduta dalla stesura della procedura relativa alla somministrazione dei reattivi psicodiagnostici da parte degli psicologi degli allora Ser.T. dell'AUSL di Bologna, procedura approvata nella sua prima versione nel 2013.

Le Linee di Indirizzo relative alla gestione delle persone con un DUS in comorbilità con un disturbo mentale consentono di precisare gli obiettivi del programma di cura che viene ritenuto idoneo dall'équipe curante, nel caso sia territoriale, ma anche nel caso sia previsto un ingresso in comunità terapeutica, oppure nel caso che qui ci interessa, venga formulata la richiesta di consulenza ai colleghi del CSM, nell'ipotesi che si profili una comorbilità.

In tutti i casi, le caratteristiche personalologiche che emergono dal profilo psicodiagnostico costituiscono utili indicazioni per i colleghi coinvolti nella relazione d'aiuto e nella definizione degli obiettivi stessi del programma di cura, visto che un programma considerato idoneo alla cura non può prescindere anche dalle caratteristiche personalologiche del paziente, oltre che dal suo stato di salute generale, dal suo livello di motivazione e dalla sua situazione sociale.

Per lo psicologo del SerDP, poi, l'*assessment* è particolarmente prezioso poiché consente di iniziare a costruire quella *compliance* così centrale per l'esito stesso dell'eventuale percorso psicologico concordato con il paziente.

Consente inoltre, attraverso la restituzione dei risultati al paziente, di contribuire a lavorare sulla consapevolezza di sé, in particolare sui punti di forza e sui limiti.

Il test MMPI-2 (Butcher *et al.*, 1990; Hathaway, McKinley, 1989), ampiamente diffuso nella pratica clinica e utilizzato per la valutazione della personalità e della eventuale sintomatologia clinica in diversi contesti, è sembrato essere lo strumento più idoneo da somministrare all'interno del percorso psicologico di approfondimento psicodiagnostico, anche perché è conosciuto ed apprezzato dai colleghi del CSM, in quanto attinge da un linguaggio comune ai due servizi di cura. Le eventuali elevazioni cliniche che emergono tramite l'utilizzo dell'MMPI-2 possono essere ragionevolmente associate a una patologia mentale sottostante, da valutare tramite approfondimento diagnostico nelle sedi opportune (CSM, NPIA) e, nel caso di appurata comorbilità in pazienti con DUS, avviare percorsi integrati.

Il test consente quindi di imbastire e facilitare una collaborazione tanto centrale nella valutazione e trattamento dei casi comorbili, quanto a volte complicata dalle differenti missioni dei due servizi. Inoltre, ogni servizio ha declinato e declina il proprio mandato in relazione non solo alla missione ma anche al contesto storico, geografico e, ultimo, ma non ultimo di importanza, alla variabile individuale delle risorse umane che inevitabilmente ha una forte influenza sulla qualità e sul tipo di prestazione offerta; infine anche la mutevolezza che caratterizza la comorbilità nella sua prospettiva temporale ha la sua incidenza.

Descritta brevemente questa necessaria cornice relativa alle prassi di lavoro e alla realtà del DSM-DP dell'AUSL di Bologna, passiamo a definire le ipotesi circa le domande di ricerca inerenti le caratteristiche personalologiche di coloro che costituiscono l'utenza del SerDP considerato in questa ricerca.

Ipotesi di ricerca

La prima domanda di ricerca riguarda la possibilità di individuare tra le persone che si rivolgono al SerDP un tipico profilo di personalità tramite l'uso dell'MMPI-2.

Si ipotizza che il tossicodipendente possa mostrare una sintomatologia specifica ed alcune caratteristiche di personalità tipiche e ricorrenti, rilevabili dal test MMPI-2.

Sulla base sia dei dati in letteratura (Fioritti, Solomon, 2002; Ranieri *et al.*, 2012; De Fidio *et al.*, 2005) sia della nostra esperienza clinica, sono state formulate le seguenti ipotesi.

Hy1: per quanto riguarda le scale di validità si ipotizza che nel gruppo di tossicodipendenti emergano punteggi più bassi alla scala K, indicativi di scarse capacità di *coping*, ed elevazioni alla scala F, indice generale di sintomi psicopatologici e di fragilità del Sé, rispetto ai campioni in-trattamento e non-clinico considerati nel presente studio.

Relativamente alla scala L non vengono formulate ipotesi specifiche.

Hy2: la seconda ipotesi riguarda le scale fondamentali.

In particolare, si prevedono elevazioni nel campione di tossicodipendenti rispetto agli altri due campioni alle scale 2-D, che potrebbe evidenziare la presenza di una sintomatologia depressiva, 4-Pd indice della difficoltà a dilazionare la gratificazione degli impulsi, 6-Pa segno di sospettosità e di locus of control esterno, e 0-Si indice di scarse abilità interpersonali e della tendenza al ritiro sociale.

Inoltre ci aspettiamo punteggi più elevati nel gruppo di tossicodipendenti rispetto all'Average Elevation Score, che si riferisce alla media dei punteggi alle scale fondamentali ad eccezione di 5-Mf e di 0-Si.

Hy3: sono stati considerati anche alcuni indici derivati dalle scale fondamentali.

Si ipotizza che i tossicodipendenti mostrino una scarsa tolleranza alle frustrazioni (Frustration Tolerance Index, Beall & Panton, 1957 > 1); elevati livelli di ansietà (Anxiety Index > 65; Welsh, 1952); nessun danno psicorganico (Organic Sign Index > 40, Watson & Thomas, 1968); sintomi psicopatologici (Index of Psychopathology > 50, Goldberg, 1965); nessun segno specifico di antisocialità (Delinquency Index < 6, Rempel); alcune difficoltà nel controllo della rabbia rilevate dall'indice PAI (Passive-Aggressive Index, Welsh e Sullivan, 1952) negativo.

Non sono state formulate ipotesi per il Neurotic Score (Ruesch, Bowman, 1945) e lo Psychotic Score (Ruesch, Bowman, 1945).

Hy4: per quanto riguarda le scale di contenuto, ci aspettiamo punteggi più elevati rispetto agli altri due campioni alle scale: ANX e DEP, indice di sintomi ansiosi e depressivi che i tossicodipendenti faticano a gestire; HEA indice di processi di somatizzazione, di scarsa capacità di mentalizzazione e di consapevolezza emotiva; BIZ segno di rifiuto del pensiero comune e rigidità di pensiero; FAM indice di problemi familiari e relazionali; LSE indice di scarsa autostima; WRK indice di problematiche e insoddisfazione in campo lavorativo, non tanto per scarsa efficienza, ma per difficoltà relazionali con i colleghi e i datori di lavoro.

La seconda domanda di ricerca riguarda la possibilità di individuare, tramite l'uso dell'MMPI-2, caratteristiche di personalità tipiche e ricorrenti tra i diversi pazienti che afferiscono al SerDP, quali i consumatori di alcol, cannabinoidi, oppioidi o cocaina.

In letteratura ci sono alcuni studi che hanno individuato caratteristiche tipiche dei consumatori di cocaina (Walfish *et al.*, 1990; Craig, Olson, 1992; Moss, Werner, 1992) e di alcol (Butcher, 1988). In particolare, Moss e Werner (1992) e Ball *et al.* (1997) hanno individuato tre sottotipi di consumatori di alcol e/o oppiacei: TIPO 0 (10%), tipico di profili non-clinici, TIPO I (60%), tipico di consumatori con elevazioni alle scale 4-Pd e 9-Ma; TIPO II (30%), tipico di consumatori con stress severo e cronico, con elevazioni scale 2-D, 4-Pd, 6-Pa, 7-Pt, 8-Sc, e che solitamente comportano una presa in carico congiunta SerDP e CSM. Sulla base di queste premesse sono state formulate le seguenti ipotesi.

Hy5: dal confronto fra i gruppi all'interno del campione di tossicodipendenti, si ipotizza che emergano caratteristiche di rilevanza clinica nei consumatori di alcol, oppioidi e cocaina vs. profili non clinici dei consumatori di cannabinoidi, ad eccezione della scala 2-D considerando che numerosi studi hanno trovato tassi di depressione elevati in questi ultimi (Grant, 1995; Chen, Wagner, Anthony, 2002; Caroti, Marconi, Bersani, 2006).

Tale evidenza si potrebbe riscontrare sia tramite l'elevazione al di sopra del *cut-off* clinico dell'Average Elevation Score che di specifiche scale fondamentali, quali le scale 2-D, 4-Pd, 6-Pa e 0-Si, valutando anche eventuali differenze di genere.

Hy6: come supposto per il campione generale dei tossicodipendenti, si ipotizza che emergano punteggi più elevati e di rilevanza clinica nei consumatori di alcol, oppioidi e cocaina, rispetto ai consumatori

di cannabinoidi, alle scale di contenuto ANX, HEA, BIZ, FAM, LSE e WRK, valutando anche eventuali differenze di genere.

Rispetto alla scala DEP non ci aspettiamo differenze significative in quanto la sintomatologia depressiva potrebbe essere presente in tutti e quattro gruppi di utenti SerDP considerati.

Materiali e metodi

L'MMPI-2 è stato somministrato a 329 individui, suddivisi in tre gruppi:

- il gruppo dei tossicodipendenti costituito da 109 tossicodipendenti (67.9% maschi; età media=37.45, DS=10.22) candidati all'assessment, associato o meno a un trattamento farmacologico (30.3%), presso il SerDP Pianura dell'AUSL di Bologna (sedi di Budrio e S. Giorgio di Piano, responsabile dott.ssa Lauretta Gianessi) fra il 2009 e il 2020;
- il gruppo dei pazienti in trattamento costituito da 110 individui (66.4% maschi; età media=38.28, DS=9.60) seguiti presso l'AUSL di Bologna nell'ambito della Tutela Minori o in psicoterapia presso strutture private fra il 2014 e il 2021;
- il gruppo dei non-clinici composto da 110 studenti di psicologia presso l'Università degli Studi di Bologna e/o lavoratori (54.5% maschi; età media=35.00, DS=10.63) fra il 2007 e il 2017.

Questi ultimi non sono stati sottoposti nel corso della loro vita a trattamenti di tipo psichiatrico o psicologico, a ricoveri o accessi ai servizi SerDP o del CSM.

Da notare che il gruppo dei pazienti in trattamento non è composto da pazienti affetti da patologie psichiatriche, ma da pazienti con un certo livello di distress, per il quale richiedono un sostegno di tipo psicologico o caratterizzati da specifici tratti stabili di personalità, rilevabili con il test MMPI-2 come dimostrato in precedenti ricerche (e.g., Gambetti *et al.*, 2019).

In tutti e tre i gruppi considerati l'MMPI-2 è stato compilato in forma valida ($T < 80$ alle scale VRIN e TRIN e "Non so" < 30) alla presenza di uno psicologo che controllava che la persona comprendesse il significato degli item, in particolare di quelli in forma negativa; non sono stati inclusi all'interno dei tre gruppi individui con disturbi psicotici in atto.

All'interno del gruppo di tossicodipendenti il 37.6% è dipendente da alcol, il 34.9% da oppioidi, il 11.9% da cannabinoidi, il 15.6% da cocaina.

I pazienti in carico al SerDP che hanno partecipato alla ricerca sono i candidati all'assessment psicodiagnostico e cioè gli utenti in accoglienza, gli utenti il cui progetto di cura necessita di una ridefinizione, quelli che si avviano alla conclusione di un trattamento metadonico a mantenimento, utenti in fase di presa in carico per un trattamento psicologico, in ingresso a un percorso in comunità terapeutica, utenti inviati in consulenza da altri servizi territoriali (CSM, Servizi Sociali) e, ultimi, ma non ultimi per importanza, gli utenti con sospetta comorbilità tra DUS e disturbo mentale.

Risultati

Scale di validità

Per quanto riguarda la prima ipotesi, emergono differenze significative tra i tre gruppi alle tre scale di validità considerate (vedi Tabella 1), con punteggi più elevati del gruppo dei tossicodipendenti alla scala F e punteggi più bassi alle scale L e K rispetto agli altri due gruppi considerati.

Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra i tre gruppi ($p < .01$) ad eccezione del confronto fra il gruppo dei pazienti in-trattamento e quello dei non-clinici alla scala F (DM=1.46, ES=1.63, $p=.37$).

Scale fondamentali

Per quanto riguarda la seconda ipotesi, emergono punteggi più elevati nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi circa le scale fondamentali, ad eccezione della scala 5-Mf (vedi Tabella 1).

Tab. 1 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente alle scale di validità e alle scale fondamentali nei tre gruppi

Scala	Gruppo	M	DS	F	η_p^2
F	1	67.50	16.26	62.88**	.278
	2	52.32	9.22		
	3	50.86	9.70		
L	1	47.26	9.17	29.84**	.155
	2	56.63	9.10		
	3	51.96	8.31		
K	1	42.65	9.69	48.90**	.231
	2	51.37	8.94		
	3	54.75	9.36		
1 (Hs)	1	57.19	10.82	53.65**	.248
	2	55.38	11.47		
	3	43.49	9.55		
2 (D)	1	64.45	12.06	64.49**	.283
	2	52.75	8.87		
	3	49.00	10.33		
3 (Hy)	1	58.28	10.79	14.45**	.081
	2	52.19	10.30		
	3	51.36	10.07		
4 (Pd)	1	68.93	11.64	82.49**	.336
	2	56.86	9.75		
	3	53.23	6.20		
5 (Mf)	1	52.39	11.00	2.18	.013
	2	49.60	8.26		
	3	50.64	10.53		
6 (Pa)	1	66.12	15.51	49.42**	.232
	2	58.38	10.82		
	3	49.96	8.89		
7 (Pt)	1	60.90	10.62	121.81**	.428
	2	52.49	9.46		
	3	39.76	10.17		
8 (Sc)	1	62.88	14.15	60.51**	.271
	2	53.70	8.93		
	3	47.28	7.36		
9 (Ma)	1	59.85	11.46	48.11**	.228
	2	54.79	13.03		
	3	45.04	9.27		
0 (Si)	1	56.61	11.01	24.56**	.131
	2	48.80	8.73		
	3	48.84	8.53		

Note: F=Frequency Scale; L=Lie; K=Correction for Defensiveness; Hs=Hypochondria; D=Depression; Hy=Hysteria; Pd=Psychopathic Deviate; Mf=Masculinity-Femininity; Pa=Paranoia; Pt=Psychastenia; Sc=Schizophrenia, Ma=Hypomania. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. * $p < .01$; ** $p < .001$.

Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra i tre gruppi ($p < .01$), ad eccezione del confronto fra tossicodipendenti e pazienti in trattamento alla scala 1-Hs (DM=1.81, ES=1.43, $p=.20$) e fra pazienti in-tratta-

mento e non-clinici alle scale 3-Hy (DM=.82, ES=1.40, p=.55) e 0-Si (DM=.04, ES=1.28, p=.97).

È stata inoltre calcolata una variabile dicotomica (0=assente; 1=presente) per evidenziare la presenza o meno di tratti clinici.

I risultati mostrano differenze significative tra i tre gruppi; in particolare i tossicodipendenti (M=.81, DS=.38) presentano tratti clinici con più frequenza rispetto agli altri due gruppi (in-trattamento: M=.54, DS=.50, non-clinici: M=.24, DS=.43; $F_{2,326}=45.53$, $p<.001$, $\eta_p^2=.218$). Significativa è anche la differenza fra i tre gruppi rispetto all'Average Elevation Score, cioè alla media delle scale cliniche (tossicodipendenti: M=60.70, DS=7.97, in-trattamento: M=53.49, DS=6.26, non-clinici: M=47.86, DS=5.59; $F_{2,326}=101.57$, $p<.001$, $\eta_p^2=.384$).

Indici derivati dalle scale fondamentali

Per quanto riguarda la terza ipotesi, emergono differenze significative tra i tre gruppi rispetto agli indici derivati dalle scale fondamentali considerati in questo studio (vedi Tabella 2).

Tab. 2 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente agli indici derivati dalle scale fondamentali nei tre gruppi

Scala	Gruppo	M	DS	F	η_p^2
FTI	1	1.07	.19	4.63*	.028
	2	1.01	.19		
	3	.98	.23		
AI	1	70.61	19.59	72.42**	.308
	2	51.65	15.88		
	3	42.33	17.56		
NS	1	59.86	9.76	47.66**	.225
	2	53.44	8.81		
	3	47.95	8.60		
PS	1	63.30	11.84	96.72**	.372
	2	54.85	8.33		
	3	45.66	7.41		
OSI	1	38.82	12.11	9.35**	.054
	2	44.40	20.17		
	3	48.62	17.20		
IP	1	57.50	19.79	4.53*	.027
	2	64.03	18.90		
	3	58.07	14.23		
DI	1	4.86	1.93	80.64**	.332
	2	3.04	1.19		
	3	2.34	1.25		
PAI	1	-43.17	35.51	60.41**	.271
	2	-21.43	25.94		
	3	-1.80	18.92		

Note: FTI=Frustration Tolerant Index; AI=Anxiety Index; NC=Neurotic Score; PS=Psychotic Score; OSI=Organic Sign Index; IP=Index of Psychopathology; DI=Delinquency Index; PAI=Passive Aggressive Index. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. * $p<.01$; ** $p<.001$.

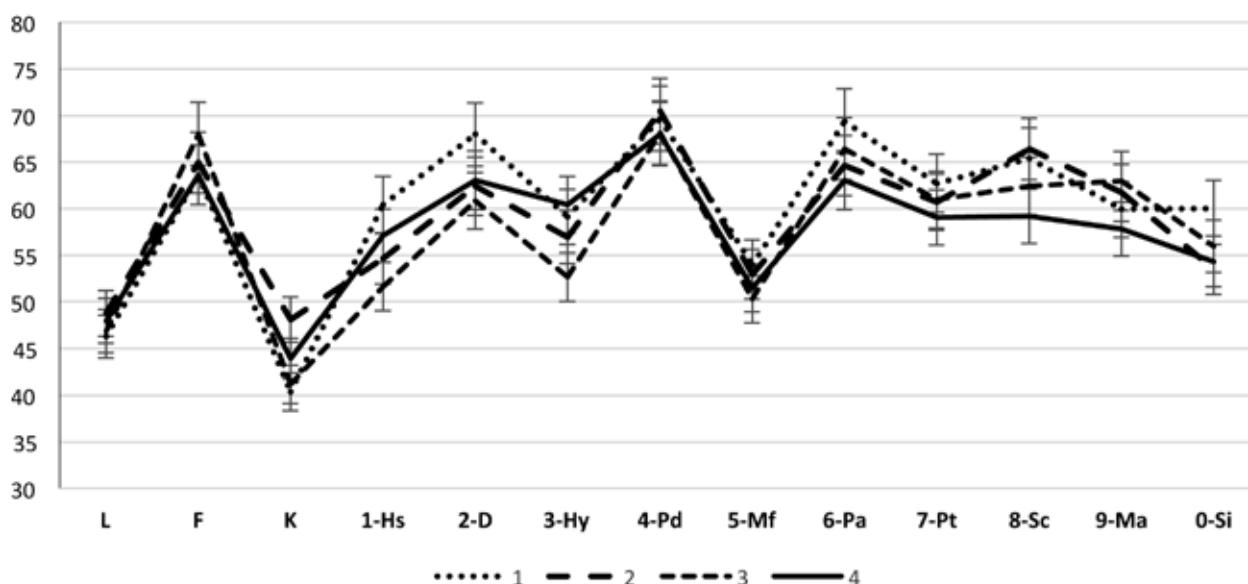
Dai confronti multipli, calcolati considerando l'aggiustamento di Bonferroni, emergono differenze significative fra tossicodipendenti e non-clinici all'indice FTI, indice di una scarsa tolleranza alle frustrazioni nei tossicodipendenti (DM=.08, ES=.03, $p<.05$).

Tab. 3 - Statistiche descrittive e risultati delle ANOVA relativamente alle Scale di Contenuto nei tre gruppi

Scala	Gruppo	M	DS	F	η_p^2
ANX	1	64.52	12.07	78.47**	.325
	2	53.03	9.46		
	3	47.46	9.02		
FRS	1	51.58	10.25	4.25*	.025
	2	50.47	9.39		
	3	47.93	8.80		
OBS	1	59.94	11.69	63.95**	.282
	2	49.35	8.85		
	3	46.06	7.43		
DEP	1	67.93	13.89	114.15**	.412
	2	51.30	9.29		
	3	47.15	8.30		
HEA	1	62.33	12.41	34.74**	.176
	2	54.64	10.25		
	3	50.58	8.79		
BIZ	1	61.31	16.75	31.75**	.163
	2	53.64	9.19		
	3	48.58	7.79		
ANG	1	58.83	13.23	39.79**	.196
	2	47.88	10.12		
	3	46.90	9.18		
CYN	1	56.57	10.02	34.27**	.174
	2	51.13	9.96		
	3	45.98	8.33		
ASP	1	59.33	11.11	37.83**	.188
	2	49.91	10.96		
	3	47.76	9.18		
TPA	1	55.55	10.02	30.57**	.158
	2	47.84	9.29		
	3	46.15	9.07		
LSE	1	59.82	12.38	56.18**	.256
	2	48.70	8.09		
	3	46.86	8.29		
SOD	1	55.08	12.04	13.98**	.079
	2	49.43	8.20		
	3	48.24	10.04		
FAM	1	60.85	12.64	47.01**	.224
	2	50.25	9.71		
	3	48.18	8.28		
WRK	1	62.48	12.44	80.51**	.331
	2	48.83	9.51		
	3	46.73	7.28		
TRT	1	60.80	13.20	56.55**	.258
	2	50.64	10.18		
	3	45.81	7.88		

Note: ANX=Anxiety; FRS=Fears; OBS=Obsessiveness; DEP=Depression; HEA=Health Concerns; BIZ=Bizarre Mentation; ANG=Anger; CYN=Cynicism; ASP=Antisocial Practices; TPA=Type A; LSE=Low Self-Esteem; SOD=Social Discomfort; FAM=Family Problems; WRK=Work Problems; TRT=Negative Treatment Indicators. Gruppo 1: tossicodipendenti; Gruppo 2: in-trattamento; Gruppo 3: non-clinici. * $p<.01$; ** $p<.001$.

Fig. 1 - Scale di Validità e Scale Fondamentali nei quattro gruppi di tossicodipendenti



Note: 1-alcolisti (N=41), 2-consumatori di cannabinoidi (N=13), 3-cocainomani (N=17), 4-consumatori di oppioidi (N=38).

Risultano significative le differenze fra i tre gruppi agli indici AI (Anxiety Index) e PAI ($p < .05$), come ipotizzato.

La media al DI (Delinquency Index), pur risultando più elevata nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi, non supera il valore di 6, come da ipotesi.

Anche per gli indici NS (Neurotic Score) e PS (Psychotic Score), per cui non erano state formulate delle ipotesi, si rilevano punteggi significativamente più elevati nel gruppo dei tossicodipendenti ($p < .01$).

Contrariamente alle ipotesi, invece, tutti e tre i gruppi mostrano punteggi > 50 all'indice IP, con elevazioni statisticamente significative nel gruppo in-trattamento rispetto agli altri due gruppi ($DM = .76$, $ES = 2.41$, $p = 1.00$).

Scale di contenuto

I risultati confermano la quarta ipotesi in quanto i punteggi alle scale di contenuto ottenuti dal gruppo dei tossicodipendenti sono significativamente più elevati rispetto agli altri due gruppi (vedi Tabella 3), ad eccezione della scala FRS.

In particolare, risultano tutte significative le differenze fra i tre gruppi alle scale ANX, OBS, DEP, HEA, BIZ, CYN e TRT ($p < .05$), mentre alla scala FRS non risulta significativa la differenza fra il gruppo di tossicodipendenti e il gruppo dei pazienti in-trattamento ($DM = 1.11$, $ES = 1.28$, $p = 1.00$). Alla scala ANG non risulta significativo il confronto fra il gruppo di pazienti in-trattamento e quello dei non-clinici ($DM = .98$, $ES = 1.48$, $p = 1.00$), così come alle scale ASP ($DM = 2.15$, $ES = 1.41$, $p = .38$), TPA ($DM = 1.69$, $ES = 1.27$, $p = .56$), LSE ($DM = 1.83$, $ES = 1.31$, $p = .49$), SOD ($DM = -1.19$, $ES = 1.37$, $p = 1.00$), FAM ($DM = 2.07$, $ES = 1.39$, $p = .42$) e WRK ($DM = 2.10$, $ES = 1.34$, $p = .35$).

Analisi relative al campione dei tossicodipendenti

Le analisi descrittive effettuate esclusivamente sul gruppo dei tossicodipendenti rivelano che l'82% del campione presenta caratteristiche di personalità di rilevanza clinica con picchi e *code-type* differenti; i più frequenti risultano il picco 4 (11%) e il picco 6 (16%).

Rispetto alle differenze di genere non emergono differenze significative fra maschi e femmine alle scale fondamentali ($F_{2,107} = .92$,

$p = .519$), né alle scale di validità ($F_{2,107} = 1.54$, $p = .207$) o di contenuto ($F_{2,107} = 1.33$, $p = .198$).

Inoltre, contrariamente alle ipotesi, non emergono differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti rispetto all'Average Elevation Score (alcolisti: $M = 62.66$, $DS = 9.21$, consumatori di cannabinoidi: $M = 60.41$, $DS = 7.78$, cocainomani: $M = 59.21$, $DS = 6.05$, consumatori di oppioidi: $M = 59.33$, $DS = 7.13$; $F_{3,105} = 1.42$, $p = .24$).

Come emerge dalla Figura 1, non si rilevano differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti né alle scale fondamentali né alle scale di validità, ad eccezione della scala 1-Hs che risulta più elevata negli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ($F_{3,105} = 3.09$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .081$).

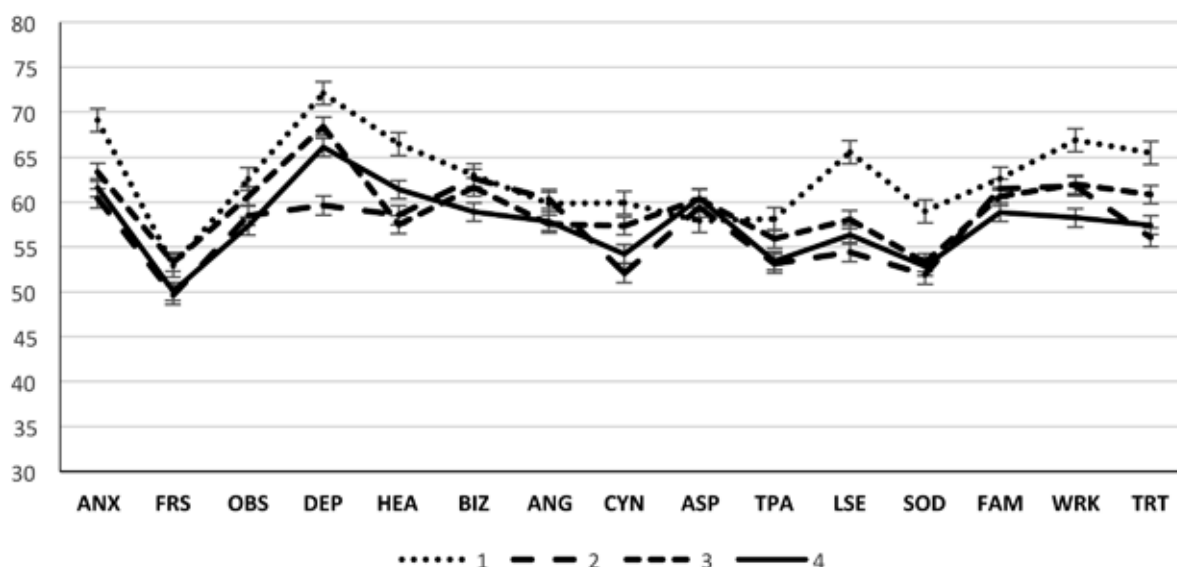
Come emerge dalla Figura 2, non si rilevano differenze significative fra i quattro gruppi di tossicodipendenti alle scale di contenuto, ad eccezione della scala ANX che risulta più elevata negli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ($F_{3,105} = 3.48$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .091$), DEP con punteggi più elevati negli alcolisti rispetto ai consumatori di cannabinoidi ($F_{3,105} = 3.19$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .084$), LSE ($F_{3,105} = 5.43$, $p < .01$, $\eta_p^2 = .134$) con punteggi maggiori degli alcolisti rispetto ai consumatori sia di oppioidi ($p < .05$) che di cannabinoidi ($p < .01$), e WRK ($F_{3,105} = 3.41$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .085$) con punteggi maggiori degli alcolisti rispetto ai consumatori di oppioidi ($p < .05$). Per le scale HEA e CYN i risultati dell'Anova sono significativi (HEA: $F_{3,105} = 3.00$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .079$; CYN: $F_{3,105} = 3.29$, $p < .05$, $\eta_p^2 = .086$) sebbene non emergono differenze fra i quattro gruppi, considerando i confronti multipli calcolati con l'aggiustamento di Bonferroni.

Discussione e conclusioni

Il presente lavoro si inserisce nell'area di ricerca che si propone di verificare se esiste un profilo di personalità tipico delle persone con DUS che si rivolgono ai SerDP e se ci sono profili tipici correlati all'uso di una specifica sostanza psicotropa.

Infine, si propone anche di offrire qualche suggestione nella direzione della gestione metodologica della collaborazione tra settori diversi del SSN, come SerDP, NPIA CSM e SPDC, e delle offerte di cura, area nella quale a tutt'oggi emergono ancora rilevanti criticità relative alla insufficiente integrazione tra i diversi servizi sopracitati, nonostante già in passato fossero stati evidenziati (De Vivo, 2010).

Fig. 2 - Scale di Contenuto nei quattro gruppi di tossicodipendenti



Note: 1-alcolisti (N=41), 2-consumatori di cannabinoidi (N=13), 3-cocainomani (N=17), 4-consumatori di oppioidi (N=38).

In questa prospettiva, comunque qualcosa è stato prodotto (Ancona *et al.*, 2019; Magnani *et al.*, 2017) e anche l'assessment psicodiagnostico effettuato dagli psicologi del SerDP risulta essere un contributo importante alla definizione in équipe di un progetto di cura individualizzato di un'utenza sempre più complessa.

Infatti l'utenza dei SerDP sempre più spesso richiede progetti di cura cogestiti con altri servizi del SSN: CSM, NPIA, SSM.

Inoltre la letteratura sulla comorbilità evidenzia la centralità di definire fin dalla presa in carico la diagnosi psicopatologica per valutare la necessità di attivare in tempi brevi la collaborazione tra SerDP, NPIA e CSM competente per territorio (Raccomandazioni Regionali Adolescenza, 2017). La diagnosi precoce di comorbilità, infatti, è estremamente importante ed è una precondizione di un esito più favorevole della prognosi del progetto di cura.

L'appropriatezza della richiesta di consulenza del SerDP ai colleghi del CSM diventa quindi sempre più centrale nella messa a punto di un programma di cura efficace; tutti gli aspetti metodologici accennati nell'introduzione possono dare un'importante contributo in questa direzione assieme all'utilizzo nell'assessment psicodiagnostico effettuato anche tramite l'MMPI-2.

Innanzitutto, i risultati della presente ricerca mostrano maggiori livelli di patologia e scarse abilità di *coping*, rilevabili con l'utilizzo dell'MMPI-2, nel gruppo delle persone con DUS che si rivolgono ai SerDP rispetto agli altri due gruppi considerati, in-trattamento e non-clinici.

In particolare, emerge la presenza di numerosi sintomi e problemi e di una fragilità del Sé, come si rileva dai bassi punteggi alla scala K e dalle elevazioni alla scala F, all'Average Elevation Score e alle scale fondamentali, ad eccezione della scala 5-Mf, con punteggi medi che si elevano al di sopra del cut-off clinico per le scale 4-Pd e 6-Pa.

Da notare che la scala 5-Mf non è compresa tra le scale cliniche poiché rileva caratteristiche legate alle differenze di genere e di interessi e atteggiamenti verso il lavoro, rapporti sociali e hobbies, mentre la scala 0-Si, pur non essendo una scala clinica, è indicativa della tendenza al ritiro sociale, spesso conseguenza di condizioni psicopatologiche.

A conferma di ciò emerge che l'82% dei pazienti in carico al SerDP, considerati nella presente ricerca, mostra caratteristiche di personalità e/o sintomatologia di rilevanza clinica con picchi e *code-type* differenti; i più frequenti risultano essere il picco 4 (11%), e il picco 6 (16%).

Il primo, rilevato anche in precedenti studi italiani (De Fidio *et al.*, 2005), è caratterizzato da un livello elevato di disadattamento sociale

che comporta conflitti familiari e con le figure che ricoprono ruoli di autorità, scarse capacità empatiche, alienazione sociale con senso di estraneità e sfiducia negli altri e temi depressivi riguardanti deprivazione emozionale, insoddisfazione e sensi di colpa; il secondo è indicativo di una personalità con *locus of control* esterno, diffidente, rimuginativa, che tende al vittimismo, con un funzionamento emotivo organizzato secondo due modalità che si alternano: la tendenza ad evitare lo scontro e tentativo di ingraziarsi gli altri, mostrandosi eccessivamente accomodante e utilizzando modalità indirette di espressione della rabbia, e la tendenza al nervosismo e a sviluppare risentimento verso gli altri con scoppi di collera, aggressività e atteggiamenti provocatori (e.g., Dal Castello, 2015).

In tal senso, è ragionevole supporre che quei pazienti DUS con tratti clinici (i.e., la maggior parte) possano essere inviati ai servizi territoriali competenti per valutare l'eventuale comorbilità e successiva presa in carico per un lavoro congiunto e integrato.

Future ricerche potranno indagare nel dettaglio le caratteristiche specifiche di questi due tipi di personalità, valutando le elevazioni alle singole sottoscale di Harris e Lingoes, che nella presente ricerca non sono state prese in considerazione.

Rispetto agli indici derivati dalle scale fondamentali, quelli che sono risultati maggiormente indicativi e utili da rilevare relativamente ai tossicodipendenti sono gli indici FTI, l'AI e l'indice PAI.

Il primo rileva una scarsa capacità di tollerare le frustrazioni, il secondo la presenza di elevati livelli di ansietà e il terzo notevoli difficoltà nel controllo della rabbia dei tossicodipendenti con DUS che si rivolgono ai SerDP.

Tali indici, che solitamente non vengono riportati nelle ricerche (e.g., Ranieri *et al.*, 2012), possono fornire utili informazioni nella definizione del programma e delle offerte di cura del paziente che si rivolge al SerDP.

In questo senso diventano centrali programmi DBT di *skills training* psicosociali, individuali o di gruppo, che si sono dimostrati particolarmente efficaci nel trattamento della disregolazione emotiva e nella tolleranza dell'angoscia nella cura dei pazienti borderline (Linehan, 2011). Tali pazienti condividono alcuni aspetti con i pazienti tossicodipendenti oggetto della nostra ricerca, come la scarsa tolleranza alla frustrazione, la difficoltà nel controllo della rabbia e alti livelli di ansietà e proprio su questi aspetti la DBT ha messo a punto esercizi specifici, in particolare relativamente alla capacità di assumere un maggior control-

lo sulla propria mente (tecniche di mindfulness), alla efficacia interpersonale e alla regolazione emotiva.

Tali aspetti risultano essere obiettivi da cui le psicoterapie nei SerDP non possono prescindere, obiettivi che possono venire rafforzati da esercitazioni di gruppo.

Da notare, d'altra parte, la scarsa informatività di altri indici derivati dalle scale fondamentali, in particolare l'indice IP (Index of Psychopathology) che non si eleva significativamente nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi considerati nella presente ricerca, sebbene il gruppo dei tossicodipendenti mostri punteggi più elevati sia rispetto all'Average Elevation Score sia per la presenza di tratti clinici.

Questo risultato è legato probabilmente ai bassi punteggi ottenuti dai tossicodipendenti alla scala L, necessaria per il calcolo di questo specifico indice.

Relativamente a questa scala di validità, rispetto alla quale non erano state fatte ipotesi specifiche, il gruppo dei tossicodipendenti mostra punteggi medi inferiori a 49, ad indicare un atteggiamento incurante del giudizio altrui e una visione cinica degli altri, come evidenziato anche dalle elevazioni alla scala di contenuto CYN.

Per quanto riguarda le scale di contenuto dell'MMPI-2, che rilevano come la persona si percepisce, si rilevano punteggi più elevati nel campione dei tossicodipendenti rispetto al campione in-trattamento e a quello non-clinico, alle scale relative ai sintomi interni (ANX, OBS, HEA, BIZ), ad eccezione della scala FRS, con elevazioni che superano il cut-off clinico e alla scala DEP ad indicare aspetti cognitivi e atteggiamenti tipici dell'umore depresso, quali disperazione, anedonia e abulia, sentimenti di colpa e di fallimento con crollo dell'autoefficacia, pessimismo relativamente al futuro; anche le scale relative alle tendenze aggressive esterne (ANG, CYN, ASP, TPA), ai problemi generali (SOD, FAM, WRK, TRT) e alla scarsa autostima (LSE) risultano più elevate nel gruppo dei tossicodipendenti rispetto agli altri due gruppi.

Questi risultati sono in linea con precedenti studi in letteratura (e.g., De Fidio *et al.*, 2005) e indicano come le scale di contenuto possano fornire informazioni utili nel comprendere la sintomatologia e il comportamento del paziente che si rivolge al SerDP.

Va aggiunto che studi futuri potranno indagare l'utilità delle scale supplementari e delle PSY-5 dell'MMPI-2, che nella presente ricerca non sono state considerate.

Infine, i risultati ottenuti all'interno del gruppo dei tossicodipendenti indicano una tendenza degli alcolisti, rispetto ai consumatori di oppioidi, cannabinoidi e cocaina, ad utilizzare il canale corporeo per esprimere i propri disagi, anche psichici; questa tendenza evidenziata dall'elevazione della scala 1-Hs, è probabilmente legata a una difficoltà di mentalizzazione, intesa come capacità di rappresentazione simbolica, che porta a una concretizzazione del disagio.

A questo si aggiunge negli alcolisti una sintomatologia di tipo ansioso e depressivo accompagnata da una scarsa autostima e da un senso di fallimento in particolare in ambito lavorativo, come emerge dalle elevazioni alle scale di contenuto ANX, DEP, LSE e WRK.

Da notare che i risultati ottenuti sono da considerare preliminari e da confermare in studi futuri con campioni più numerosi.

In generale, possiamo concludere che i risultati di questo studio hanno importanti implicazioni a livello organizzativo e metodologico.

Emerge, come già evidenziato da De Vivo *et al.* (2010) in passato, la necessità di approntare, laddove non siano già previsti, dei percorsi metodologici di collaborazione tra SerDP, NPIA, SPDC e CSM in modo di facilitare la stesura di programmi di osservazione, diagnosi e trattamento che prevedano la stretta collaborazione tra operatori dei diversi servizi coinvolti.

Nei casi più complessi, lo strumento che è emerso essere il più efficace, da riunioni tra gli operatori dei SerDP, CSM e NPIA del DSM-DP dell'AUSL di Bologna svolti negli anni scorsi, è costituito da colloqui congiunti tra un operatore SerDP e CSM o NPIA e paziente comorbile. Inoltre, anche l'organizzazione di periodiche riunioni tra operatori appartenenti a settori diversi, ma coinvolti nella gestione dello stesso caso clinico, è risultato essere, per la nostra esperienza, un ottimo

strumento per la continua ridefinizione degli obiettivi del programma di cura richiesto dai pazienti comorbili e dal loro funzionamento ondivago.

Riferimenti bibliografici

- Ancona V., Costa S., Landi M., Leonetti R., Parrino R.L., Farruggia R. (2019). Linee di indirizzo su emergenza-urgenza psichiatrica in età evolutiva: monitoraggio e risposte organizzative. *La salute mentale di bambini e adolescenti: bisogni emergenti e risposte dei servizi di NPIA*, 39: 144-150.
- Ball S.A., Carroll K.M., Robinson J.E., O'Malley S.S. (1997). Addiction severity and MMPI-derived typologies in cocaine abusers. *American Journal on Addictions*, 6(1): 83-86.
- Beall H.S., Panton J.H. (1956). Use of the MMPI as an index to "escapism". *Journal of Clinical Psychology*, 12: 392-394.
- Butcher J.N., Graham J.R., Williams C.L., Ben-Porath Y.S. (1990). *Development and use of the MMPI-2 Content Scales*. University of Minnesota Press.
- Consoli G. (2013). Doppia Diagnosi o doppia cultura di trattamento. *Dal Dire al Fare*, 3.
- Craig R.J., Olson R. (1992). MMPI subtypes for cocaine abusers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 18(2): 197-205.
- De Fidio D., Magnani A., Mambelli M., Sciricchio V., Pancheri P. (2005). MMPI 2, comorbidità e correlazioni in utenti dei servizi territoriali psichiatrici e Ser.T. *Giornale Italiano di Psicopatologia*.
- De Vivo *et al.* (2010). I pazienti tossicodipendenti multiproblematici. *Dal Dire al Fare*, 3.
- Del Castello E. (2015). *La diagnosi psicologica guidata dal MMPI-2*. Milano: FrancoAngeli.
- Fioritti A., Solomon J. (2002). *Doppia diagnosi: epidemiologia, clinica e trattamento*. Milano: FrancoAngeli.
- Gambetti E., Zucchelli M.M., Nori R., Giusberti F. (2019). Psychological assessment in abuse and neglect cases: the utility of the MMPI-2. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50(6): 384-394.
- Goldberg L.R. (1965). Diagnosticians vs. Diagnostic Signs: The Diagnosis of Psychosis vs. Neurosis from the MMPI-2. *Psychological Monographs*, 79(9) (Whole No. 602).
- Hathaway S.R., McKinley J.C. (1989). *MMPI-2: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press.
- Linee di Indirizzo per i Disturbi Gravi di Personalità, Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche (2009) Salute nelle Carceri*.
- Linehan M.M. (2011). *Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo border di personalità* vol. I e II. Raffaello Cortina.
- Magnani A., Gambini D., Pileggi F. (2017). Linee di Indirizzo sulla gestione dei pazienti in comorbidità per un disturbo psichiatrico ed un disturbo da uso di sostanze. *Dal Dire al Fare*.
- Moss P.C., Werner P.D. (1992). An MMPI typology of cocaine abusers. *Journal of Personality Assessment*, 58(2): 269-276.
- Programma Regionale Dipendenze Patologiche – Obiettivi per il triennio 2017-2019*.
- Raccomandazioni Regionali (2017). *Percorsi di cura di salute mentale per gli adolescenti e i giovani adulti*.
- Ranieri F., Casin E., Morabito F., Cocci V., Dimauro P.E. (2012). Personalità e tossicodipendenza: dieci anni di assessment con il test MMPI-2 in un Ser.T. italiano. *Mission*.
- Ranieri F., Gocci G. (1996). *Guida all'interpretazione dei principali test psicologici*. Guerini e Associati.
- Ruesch J., Bowman K.M. (1945). Prolonged post-traumatic syndromes following head injury. *American Journal of Psychiatry*, 102(2): 145-163.
- Walfish S., Massey R., Krone A. (1990). MMPI profiles of cocaine-addicted individuals in residential treatment: Implications for practical treatment planning. *Journal of substance abuse treatment*, 7(3): 151-154.
- Watson C.G., Thomas R.W. (1968). MMPI profiles of brain-damaged and schizophrenic patients. *Perceptual and Motor Skills*, 27(2): 567-573.
- Welsh G.S. (1952). An anxiety index and an internalization ratio for the MMPI. *Journal of Consulting Psychology*, 16(1): 65-72.
- Welsh G.S., Sullivan P.L. (1952). MMPI configurations in passive-aggressive personality problems. Unpublished materials, 308.