

PERSONALITÀ A RISCHIO: TOSSICODIPENDENZA ED AGGRESSIVITÀ

di

Rossella Cascone, Antonella Pomilla, Vincenzo Mastronardi

Per “personalità” si intende l’insieme di processi psichici e modalità comportamentali che differenziano una persona da un’altra, contrassegnandola di singolarità ed unicità, garantendo una coerenza interna del soggetto nel tempo e nelle diverse situazioni, ed in grado di mantenere ed incrementare il suo benessere: infatti, nella più nota definizione di Caprara e Cervone, la personalità è un «*complesso insieme dei sistemi psicologici che contribuiscono all’unità e alla continuità della condotta e dell’esperienza individuali [...]. La personalità è propriamente un sistema autoregolantesi, dotato della capacità di contribuire attivamente allo sviluppo e al benessere dell’individuo*» (Caprara & Cervone, 2003, pp. 11-12).

Tra gli elementi costituenti la personalità si riconosce la presenza di “fattori temperamentali” su base biologica, ovvero costituzionalmente determinati, ma alcuni altri vengono altresì acquisiti anche attraverso l’interazione dei soggetti con l’ambiente fisico e umano, considerando che quest’ultimo origina nelle primissime interazioni con le figure di attaccamento e seguita poi il proprio sviluppo lungo tutto il corso della vita.

La continuità psichica e comportamentale dell’individuo viene attribuita alla presenza di unità personologiche dette “tratti” (Allport, 1937), indicati come disposizioni stabili nel tempo e nelle diverse circostanze di pensare, percepire ed agire la propria interazione con sé stessi e con il contesto ambientale.

È però importante sottolineare che, per quanto l’integrazione di più tratti sia all’origine di una ben specifica e distinguibile “struttura di personalità”, essa non richiama direttamente il concetto di patologia, che viceversa viene attribuito ad esagerate manifestazioni di tratti normali.

In altre parole: allorquando si riscontrano tratti con caratteristiche di rigidità, estremità e disadattività tali da interferire con il normale proseguimento della vita del soggetto, sia sociale che relazionale, oltre che con il suo benessere e con quello delle persone che lo circondano, si parla di Disturbo di Personalità.

I soggetti con un Disturbo di Personalità mostrano comportamenti che deviano marcatamente dalle aspettative culturali di appartenenza, ed ancora più marcata è la difficoltà a modificare il proprio comportamento, che rimane dunque perdurante nel corso tempo, e che conferisce loro notevoli disagi in termini di funzionamento personale e sociale adattivo agli altri ed all'ambiente.

La differenza fra tratti e disturbi è dunque di natura quantitativa: essa si sviluppa lungo un continuum che colloca ad un estremo le persone "normali", ed all'estremo opposto soggetti con tratti marcatamente mal adattivi, e dunque affetti da un Disturbo di Personalità.

La presente esposizione non desidera dilungarsi oltre su ciò che caratterizza la personalità da un punto di vista costitutivo né in termini di normalità né in termini di patologia, tematiche per le quali si rimanda alla letteratura di specie, ma d'altro canto desidera menzionare almeno una delle possibili caratteristiche che di essa fanno parte, ed ovvero quella dell'aggressività, ed oggetto centrale per l'indagine sperimentale che più avanti verrà descritta.

Per quanto riguarda l'aggressività, in primo luogo, è necessario considerare la natura: il termine aggressività, infatti, richiama alternativamente il concetto di istinto, quello di reazione emotiva ad una frustrazione, quello di modalità o stato psicologico e/o comportamentale.

Nell'accogliere la presenza di un certo innatismo della componente aggressiva nel bagaglio istintuale, si fa riferimento alle funzioni da essa svolte e descritte originariamente attraverso studi nel campo dell'etologia, poi estesi anche al genere umano, dove l'aggressività assume un'importanza centrale allorquando assolve alla funzione adattiva di garantire la sopravvivenza del soggetto e della propria specie, e si esprime quindi:

- ✓ nella necessità di soddisfare due obiettivi primari, quello della nutrizione e quello della riproduzione;

- ✓ nella necessità di difendere la propria incolumità, quella del proprio gruppo sociale e quella del proprio territorio;
- ✓ o altresì per affermare la propria supremazia, organizzando l'ordine gerarchico del proprio gruppo sociale affinché la gestione del potere venga effettivamente detenuta dal componente più forte.

In tal senso, il valore adattativo del termine, che pure prevede la lesività altrui, segna una linea di confine con il concetto di violenza, che è priva delle summenzionate motivazioni e soprattutto diviene esplosiva, improvvisa, eccessiva rispetto alla minaccia presuntivamente percepita.

Secondo aspetto da prendere in considerazione è la direzione cui volge l'agito aggressivo: si parla di aggressività "eterodiretta" quando essa viene rivolta agli altri; di aggressività "autodiretta" quando è rivolta a se stessi (automutilazioni, suicidi, ecc.); infine, di aggressività "indiretta" se rivolta ad oggetti e/o animali, e generalmente correlata ad atteggiamenti o disposizioni assunte in determinati momenti (es.: "sbattere la porta" nei momenti di nervosismo; "fare battute pesanti" in alcuni momenti di scherzo).

In merito a quanto sopra, l'indagine che può avanti verrà esposta si è rivolta alla disamina degli agiti aggressivi autodiretti correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

Infine, terzo aspetto da considerare è in che modo ed in quale misura la componente aggressiva si lega alla personalità, normale e patologica.

Se da un lato si può genericamente sostenere che l'aggressività sia presente, in numerose e variegata sfaccettature, in ogni conformazione di personalità, dall'altro, tanto la tipologia quanto l'intensità segnano le differenze con le personalità patologiche, dove peraltro l'aggressività mostra di essere un fattore transnosografico che può figurare in numerosi e diversi quadri clinici, in modo diretto o in associazione ad altre componenti quali collera, rabbia, rancore, vendicatività, oppositività, etc.

Così ad esempio, nel nuovo capitolo del DSM-5 (2014) dedicato ai «*Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta*¹», figurano diverse condizioni caratterizzate da problemi di autocontrollo delle emozioni e dei comportamenti, tali da violare i diritti altrui (attraverso aggressioni, distruzione della proprietà, etc) e/o che mettono l'individuo in contrasto significativo con norme sociali o figure che rappresentano l'Autorità.

Tra essi figurano:

- ✓ il *Disturbo oppositivo-provocatorio*, caratterizzato da “umore collerico/irritabile, comportamento polemico/provocatorio e vendicatività (crit. A)”;
- ✓ il *Disturbo esplosivo intermittente*, caratterizzato da “accessi comportamentali ricorrenti che rappresentano l'incapacità di controllare gli impulsi aggressivi, come manifestato da aggressione verbale o tre accessi comportamentali che implicano danneggiamento o distruzione di proprietà e/o aggressione fisica che provoca lesioni ad animali o ad altre persone (crit. A)”, attuati anche senza sufficienti motivi atti a giustificare la loro presenza e dunque con “grado di aggressività [...] grossolanamente esagerato rispetto alla provocazione o a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante (crit. B)”;
- ✓ il *Disturbo della condotta*, in cui “vengono violati i diritti fondamentali degli altri oppure le principali norme o regole sociali appropriate all'età”, e caratterizzato da “aggressione a persone e animali, distruzione della proprietà, frode o furto, gravi violazioni di regole (crit. A)”, cui possono aggiungersi “emozioni prosociali limitate, ed ovvero mancanza di rimorso o senso di colpa, insensibilità/mancanza di empatia, indifferenza per i risultati, affettività superficiale o anaffettività”;
- ✓ il *Disturbo Antisociale di personalità*, specificatamente trattato nel capitolo dedicato ai “Disturbi della Personalità”, ma altresì qui incluso in virtù delle assonanze con lo spettro dei disturbi “esternalizzanti” della condotta sopra citati;
- ✓ la *Piromania* e la *Cleptomania*, rispettivamente caratterizzate dall'incapacità di resistere all'impulso di appiccare il fuoco o di rubare.

¹ Rispetto al DSM IV-TR (2000), il presente capitolo riunisce disturbi precedentemente compresi in altre sezioni, ed ovvero: nei “*Disturbi solitamente diagnosticati per la prima volta nell'infanzia, nella fanciullezza o nell'adolescenza*” (cioè disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo della condotta e disturbo da comportamento dirompente non altrimenti specificato) e nei “*Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove - NAS*” (cioè disturbo esplosivo intermittente, piromania, cleptomania, gioco d'azzardo patologico, tricotillomania).

Altresì, il *Disturbo da gioco d'azzardo*, che nella precedente versione del DSM IV era incluso tra i Disturbi NAS, dal DSM-5 viene invece posto nel capitolo dedicato ai “*Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da addiction*”, che peraltro sono la tipologia di disturbi che più strettamente ha riguardato la presente indagine.

Vi è poi da dire che la presenza di agiti aggressivi, così come riportato in letteratura, attiene anche ad altre categorie di disturbi mentali, quali i Disturbi Psicotici e la Schizofrenia, i Disturbi dell'Umore, i Disturbi d'Ansia, i Disturbi del Comportamento Alimentare ed i Disturbi di Personalità (Fava et al., 1991; Korn et al., 1992; Millar, 1983; Henry et al., 2001; Posternak e Zimmerman, 2002; Fassino et al., 2003; Pasquini et al., 2004; Biondi, 2005).

Tornando ai disturbi correlati all'uso di sostanze, nell'ampio capitolo di attinenza del DSM-5 si distingue, innanzitutto, tra “*Disturbi da uso di sostanze*” e “*Disturbi indotti da sostanze*”: i primi contemplano un “cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza nonostante i significativi problemi ad essi correlati”, e che comportano un “cambiamento sottostante nei circuiti cerebrali che può persistere anche dopo la disintossicazione”; i secondi riguardano l'intossicazione, l'astinenza ed i disturbi mentali indotti da sostanze/farmaci (disturbi psicotici, bipolare e correlati, depressivi, d'ansia, ossessivo-compulsivo, del sonno, sessuali, delirium e neurocognitivi).

Inoltre, il capitolo contempla 10 classi distinte di sostanze (alcol; caffeina; cannabis; allucinogeni; inalanti; oppiacei; sedativi, ipnotici e ansiolitici; stimolanti; tabacco; e altre sostanze), che hanno in comune il fatto di determinare l'attivazione diretta del sistema cerebrale di ricompensa, coinvolto nel rafforzamento del comportamento di assunzione della sostanza al di là degli specifici meccanismi farmacologici attraverso i quali ogni classe di sostanze agisce, che sono chiaramente differenti.

Si può facilmente intuire come l'ultima revisione del *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* relativa alle problematiche correlate ai comportamenti di dipendenza abbia necessitato di estendersi in una trattazione più articolata di tutti gli agenti induttori di dipendenza, oltre a quelli comunemente considerati quali le droghe (ovvero ecco il senso di includervi anche il già citato gioco d'azzardo), proprio a ratifica del fatto che ogni sostanza e/o esperienza in grado di lenire il

dolore, l'ansia o altri stati emotivi negativi, e che al contrario garantisce vissuti di soddisfazione e piacere, può instaurare una dipendenza, sia fisica (ed in tal caso si parlerà più propriamente di "dependence") che motivazionale ("addiction").

Posto che l'indagine sperimentale che più avanti verrà illustrata ha escluso la trattazione delle dipendenze non correlate alle tradizionali sostanze psicotrope chimiche, e non ha quindi considerato le cosiddette "new addiction²", alcuni altri importanti postulati devono essere espressi in questa sintesi prima di riferire i risultati empirici raggiunti.

In primo luogo, è da riferire che, come per la personalità, anche i fenomeni della dipendenza sono da sviluppare lungo un continuum che va dal normale al patologico: ad un estremo, infatti, si ritrovano stati motivazionali e sensoriali non associati al desiderio di placare stati di dolore o che non comportano l'attivazione dell'*arousal* (versante normale); in posizione intermedia troviamo condizioni di dipendenza che non coinvolgono l'affettività, la volontà o la cognizione; fino ad arrivare a stati morbosi di dipendenza contraddistinti da tolleranza³, *craving*⁴ ed astinenza (versante patologico) (Caretto & La Barbera, 2005).

Ancora, differenti tratti personologici andranno a contraddistinguere il soggetto dipendente in considerazione dell'oggetto della sua dipendenza (e quindi la sostanza), della modalità d'uso o degli aspetti della relazione con essa.

Considerando la sostanza, riconoscibili comportamenti tossicomani si riscontreranno in quei soggetti che fanno uso delle "sostanze pesanti", mentre più difficile sarà fornire una definizione in considerazione delle cosiddette "droghe leggere⁵". Considerando le modalità d'uso, si dovrà valutare il variabile rapporto tra le caratteristiche della sostanza e le modalità, la frequenza e la dose

² Tra le quali figurano il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP o *Gambling*), lo Shopping Compulsivo, la Dipendenza da Internet, la Dipendenza Sessuale, la Dipendenza da Lavoro o da Studio, le Dipendenze Relazionali o Affettive – vedi ulteriori in <http://www.siiipac.it/>

³ La necessità di assumere una quantità sempre maggiore della sostanza dalla quale si è dipendenti.

⁴ L'irrefrenabile desiderio di usare la sostanza dalla quale si è dipendenti cui il soggetto incorre durante l'astinenza.

⁵ Nel senso comune, alle "sostanze leggere" (come si considera, ad esempio, la cannabis) viene attribuita una tossicità minore rispetto a quella delle "sostanze pesanti" (come si considerano l'eroina e la cocaina), ed una minore possibilità di instaurare una dipendenza. Sebbene da un punto di vista scientifico tale distinzione sia inesatta poiché induce ad accostare sostanze comunque molto diverse tra loro, escludendo per altre (ad esempio l'alcool) il rischio di provocare dipendenza (Armao, 2005), da un punto di vista normativo la recente abrogazione per illegittimità costituzionale da parte della Corte Costituzionale (sentenza nr. 32/2014) alla "Legge Fini-Giovanardi" – Legge nr. 49/2009 – che escludeva tali distinzioni categoriali, conduce al rientro in vigore della precedente "Legge Jervolino-Vassalli" – Legge nr. 162/1990 – che invece contemplava tale distinzione, cui sono state aggiunte nuove misure dal DL. nr. 36/2014, poi convertito in Legge nr. 79/2014, che introduce cinque nuove tabelle di classificazione: la I e la III relative alle droghe pesanti (oppiacei ed alcaloidi naturali e chimicamente derivati, anfetamine e metanfetamine, droghe sintetiche a base di tetraidrocannabinolo o Thc) e psicofarmaci pesanti; la II e la IV relative alle droghe leggere (cannabis e derivati, marijuana e hashish) e psicofarmaci leggeri [...]; la V relativa ad altri psicofarmaci ad uso terapeutico.

che viene assunta, oltre che alcuni aspetti personologici propri del soggetto assuntore, ivi incluse le molteplici “cause” che possono indurre all’avvicinamento prima ed alla dipendenza poi (inizializzazione da parte di amici o partner; contesti culturali permissivi o palesemente disadattivi; evento traumatico personale; sintomi psichiatrici o componenti mal adattive della personalità legate ad esempio al piacere del rischio).

Per quanto concerne invece l’indagine della possibile reciprocità esistente tra personalità patologica e condotte di uso/abuso di sostanze, ed altresì in riferimento alla presenza di tendenze o agiti aggressivi, si apprezza che i riscontri empirici degli ultimi vent’anni siano abbondanti e molto interessanti.

In generale, le indagini mostrano di riflettere due opposte posizioni concettuali a seconda del ruolo assunto, in posizione primaria o secondaria, dall’uno o dall’altro disturbo: da un lato, difatti, si ritiene che un disturbo di personalità possa costituirsi come un fattore di rischio per il successivo insorgere di condotte di abuso di sostanze; dall’altro viceversa si ritiene che sia l’abuso di sostanze a farsi fattore di rischio per l’insorgere di un disturbo di personalità, in virtù del forte impatto sul funzionamento psichico e comportamentale dell’individuo che viene determinato dalla condizione di dipendenza.

Per quanto riguarda l’indagine dell’incidenza di specifiche categorie diagnostiche, maggiori riscontri si hanno per i Disturbi di Personalità inclusi nel cluster B, ed in particolare per il Disturbo Borderline di Personalità (Bushman & Cooper, 1990; Kokkevi et al., 1998) ed il Disturbo Antisociale di Personalità (Moeller & Dougherty, 2001; Caretti & La Barbera, 2005) in comorbidità al consumo di alcol, così come analogamente avviene nel caso di sostanze psicoattive quali cocaina (Skodol et al., 2000) ed eroina (Craig, 2000), mentre per il consumo di benzodiazepine si riscontra una comorbidità con disturbi depressivi o ansiosi (Tyrer, 1989).

Per quanto riguarda invece l’indagine sulla presenza di una correlazione tra comportamenti di dipendenza (da alcol o sostanze) e comportamenti aggressivi, gli studi hanno variabilmente riferito in termini di predisposizione personale, intensità e frequenza (Bailey & Taylor, 1991; Giancola & Zeichner, 1995), a volte considerando come elemento antecedente e causale la dipendenza ed altre considerando allo stesso modo l’agito aggressivo.

In definitiva, prescindendo dall'ordine di insorgenza rispetto alla correlazione tra disturbo di personalità e dipendenza, o tra dipendenza ed agito aggressivo, in entrambi i casi è stata verificata l'interazione reciproca e costante degli elementi considerati ed il ruolo da loro svolto in termini di modulazione e mediazione.

L'indagine sperimentale: finalità, strumento, metodo e risultati

Alla luce degli approfondimenti teorici e di letteratura sopra riferiti, l'indagine sperimentale di cui in seguito si riferisce ha voluto approfondire la possibile relazione inerente la triade "profili di personalità" VS "uso/abuso di sostanze" ed VS "eventuali agiti aggressivi".

L'indagine è stata condotta sulla popolazione generale, considerando i territori urbani ed extraurbani delle città di Roma e Napoli, per soggetti di sesso femminile e maschile con età compresa tra i 19 ed i 30 anni, e con variabile titolo di studio (di Diploma e di Laurea).

Più specificatamente, l'anagrafica del campione è la seguente:

- ✓ sesso: maschi 62 soggetti; femmine 65 soggetti;
- ✓ età (19/30 anni): 44 soggetti per la fascia d'età 19-24 anni, e 83 soggetti alla fascia d'età 25-30 anni;
- ✓ titolo di studio: 68 soggetti hanno conseguito il Diploma e 59 hanno conseguito la Laurea.
- ✓ Per l'elaborazione dei risultati, i partecipanti sono stati trattati come due sottogruppi differenti in base all'identità di genere sessuale.

Per quanto riguarda gli strumenti, si è utilizzata:

1. la somministrazione del test *Sympton Checklist 90-R* (SCL-90-R, Derogatis, 1997; Preti, Prunas, Sarno & Madeddu, 2011) per rilevare quali e con quale eventuale evidenza clinica emergessero specifici profili di personalità nel campione, così da discutere successivamente in merito alle correlate manifestazioni di aggressività nei profili di personalità emersi da un punto di vista sintomatologico e comportamentale;
2. parallelamente, la somministrazione di un secondo breve questionario appositamente strutturato

per le finalità della ricerca e volto ad acquisire informazioni su opinioni ed esperienze dei soggetti esaminati circa il consumo di sostanze stupefacenti (tipologie di sostanze assunte e frequenza di assunzione; motivazioni addotte al consumo; modo in cui gli stessi soggetti considerano e classificano le sostanze stupefacenti, nonché la frequenza di uso/abuso ed i pericoli e le conseguenze ad esse riconosciuti), al fine di valutare se ad un determinato profilo di personalità vada a corrispondere una maggiore probabilità di uso/abuso di tali sostanze, e dunque la presenza di eventuali quadri di comorbidità.

Il test SCL-90-R è uno strumento self-report composto da 90 item volti a valutare la gravità dei sintomi di disagio psichico percepiti dal soggetto nell'ultima settimana⁶ in diversi domini sintomatologici, suddivisi dal test in specifiche scale.

Lo strumento è stato elaborato con l'intento di far emergere la configurazione di sintomi psicologici in soggetti clinici e non, differenziandosi da altri questionari del settore poiché fornisce una misura sia di sintomi "interiorizzanti" (depressione, somatizzazione, ansia) che "esternalizzanti" (aggressività, impulsività, ostilità).

La valutazione e l'interpretazione si basa su nove dimensioni sintomatologiche primarie e tre indici globali.

Le nove sottoscale primarie sono:

1. *Somatizzazione (SOM)* → riflette il disagio psichico relativo alla percezione di disfunzioni a livello corporeo;
2. *Ossessività – Compulsività (O-C)* → in cui sono inclusi sintomi identificabili con l'analoga sindrome clinica;
3. *Ipersensibilità interpersonale (I-S)* → si concentra su sentimenti di inadeguatezza e inferiorità derivanti dal confronto con gli altri;
4. *Depressione (DEP)* → riflette sintomi rappresentativi delle manifestazioni cliniche associate alla sindrome depressiva;

⁶ Il Manuale del test spiega come la specifica scelta di considerare un intervallo di tempo così stretto e prossimo, l'ultima settimana, vada a vantaggio di poter riferire in modo più dettagliato e "vivo" le informazioni più importanti sul proprio stato clinico attuale.

5. *Ansia (ANX)* → in questa sottoscala vengono inclusi segni generali di ansia (es. nervosismo, tensione, tremori, attacchi di panico, sensazione di terrore);
6. *Ostilità (HOS)* → riflette pensieri, sentimenti o azioni relative ad uno stato aggressivo e negativo di rabbia;
7. *Ansia fobica (PHOB)* → intesa come prolungata reazione di paura a una specifica persona, luogo o oggetto, percepita come irrazionale e sproporzionata rispetto allo stimolo ricevuto, e che induce all'adozione di comportamenti di evitamento o fuga;
8. *Ideazione paranoide (PAR)* → descrive le manifestazioni caratteristiche del pensiero paranoide;
9. *Psicoticismo (PSY)* → rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana; questo continuum oscilla da una moderata alienazione interpersonale fino alla vera e propria psicosi (Eysenk e Eysenk, 1968).

Alle predette sottoscale vengono associati sette item addizionali, valutanti disturbi dell'appetito e del sonno, che esprimono un carico fattoriale rilevante su alcune scale sintomatologiche, ma non presentano un peso principale su nessuna. Altresì, gli indici globali sono stati inseriti con l'intento di comunicare l'intensità o la profondità del disagio psicologico del soggetto tramite un unico punteggio. Di tale disagio ogni indice esprime un diverso aspetto:

1. *Global Severity Index (GSI)* → è il miglior indicatore del disagio psicologico perché combina informazioni relative al numero di sintomi riferiti e l'intensità del disagio;
2. *Positive Symptom Total (PST)* → misura l'ampiezza e la varietà della sintomatologia, riportando il numero di sintomi riferiti dal soggetto, a prescindere dall'intensità del disagio;
3. *Positive Symptom Distress Index (PSDI)* → identificabile come un indice dello stile di risposta del soggetto, esso fornisce informazioni sull'accentuazione o attenuazione, da parte del soggetto, del disagio sintomatologico.
4. Procedendo allo scoring, tramite uno schema di interpretazione dei punteggi presente nel Manuale del test è possibile conoscere in quale range di punteggio si collocano quelli ottenuti dai singoli soggetti ad ogni scala. I range di punteggi forniti dallo strumento sono quattro: *assenza*, *normalità*, *moderato ed elevato*, e permettono di valutare l'intensità dei sintomi fornendo in tal modo un profilo dettagliato del soggetto.

Si presentano i risultati emersi dall'indagine, nella somministrazione di entrambi gli strumenti.

Per quanto riguarda lo scoring del test SCL-90-R, i soggetti afferenti ai due sottocampioni hanno assunto una particolare distribuzione in considerazione di alcune scale cliniche.

Come si può osservare dalla Fig. 1 relativa al sottocampione 1 maschile, la Scala Ostilità (HOS) è quella in cui 20 soggetti su 62 totali del gruppo hanno ottenuto il punteggio più elevato; in seconda posizione, la Scala Somatizzazione (SOM) rappresenta 15 soggetti.

Maggiormente articolata è invece la configurazione del sottocampione 2 femminile (vedi Fig. 2), poiché: analogamente al campione maschile, in questo 16 soggetti su 65 totali del gruppo hanno punteggi più elevati per la Scala Somatizzazione (SOM) e 15 soggetti per la Scala Ostilità (HOS), cui si aggiungono elevazioni dei punteggi per la Scala Ansia Fobica (PHOB) per 14 soggetti e, infine, della Scala Depressione (DEP) e Ideazione Paranoide (PAR) per 10 soggetti.

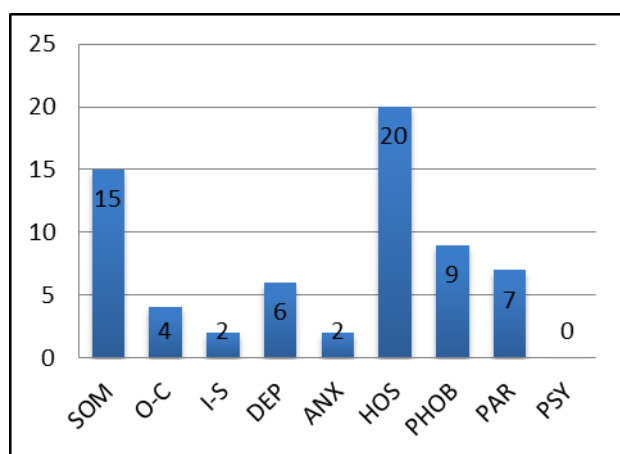


Figura 1 – Prevalenza Scale cliniche “gruppo 1 – M”

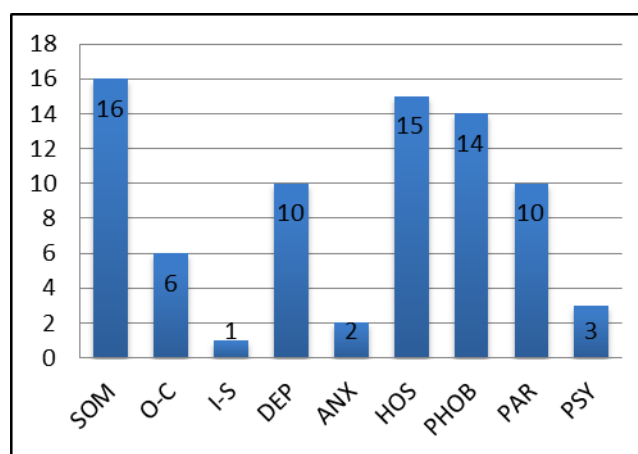


Figura 2 – Prevalenza Scale cliniche “gruppo 2 – F”

Tale risultato indica dunque una differenza della stratificazione delle dimensioni psicologiche rilevate dal test in considerazione dell'identità di genere.

Ulteriori interessanti indicazioni si ricavano andando a qualificare l'elevazione delle scale sopra riportate in riferimento ai range di gravità indicati dallo strumento, per cui abbiamo che:

- ✓ per il sottocampione 1 - M: per quanto riguarda la scala HOS, 7 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio ed ulteriori 7 soggetti un livello “elevato” di punteggio; per quanto riguarda la scala SOM, 3 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio e ulteriori 4 soggetti un livello “elevato” di punteggio. Tutti gli altri soggetti, per i quali ugualmente figura una prevalenza delle due scale considerate, non hanno raggiunto punteggi rilevanti rispetto ai range di gravità indicati dal test.
- ✓ per il sottocampione 2 - F: per quanto riguarda la scala HOS, 2 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio ed ulteriori 7 soggetti un livello “elevato” di punteggio; per quanto riguarda la scala SOM, 4 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio ed ulteriori 7 soggetti un livello “elevato” di punteggio; per quanto riguarda l'elevazione della scala PHOB, 3 soggetti hanno riferito un livello “elevato” di punteggio; per quanto riguarda l'elevazione della scala DEP, 2 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio ed ulteriori 3 soggetti un livello “elevato” di punteggio; infine, per quanto riguarda l'elevazione della scala PAR, 2 soggetti hanno riferito un livello “moderato” di punteggio e ulteriori 6 soggetti un livello “elevato” di punteggio. Tutti gli altri soggetti, per i quali ugualmente figura una prevalenza delle scale considerate, non hanno raggiunto punteggi rilevanti rispetto ai range di gravità indicati dal test.

Per tutte le scale inserite nel test SCL-90-R sono state effettuate le statistiche descrittive: i valori, riportati nella tabella sottostante (Tabella 1), indicano come nel complesso il sottocampione 1 - M si caratterizzi per punteggi che rientrano nella “normalità” per tutte le scale considerate, ad eccezione delle scale Ossessività-Compulsività (O-C), Ansia (ANX) e Psicoticismo (PSY), dove i valori rientrano nel range di punteggio “assenza”.

Statistiche semplici SOTTOCAMPIONE 1 n=62		
Variabile	Media	Dev. std.
SOM	49.29032	8.0306
O-C	43.38710	85.8774
I-S	46.41935	71.2315
DEP	47.87097	73.9624
ANX	42.80645	61.2128
HOS	51.16129	10.90675
PHOB	47.30645	61.3132
PAR	47.88710	10.06064
PSY	42.22581	57.6427

TABELLA 1 - Statistiche semplici sottocampione 1 - M.

Successivamente, sempre in riferimento al sottocampione 1 - M, sono state anche condotte una serie di correlazioni tra le scale in modo da verificare l'eventuale presenza di relazioni significative:

- ✓ la scala SOM mostra correlazioni significative e positive con le scale: O-C ($r = .51$; $p < .0001$), I-S ($r = .37$; $p < .01$), DEP ($r = .40$; $p < .01$), ANX ($r = .40$; $p < .01$), HOS ($r = .29$; $p < .05$) e PAR ($r = .34$; $p < .01$);
- ✓ la scala O-C mostra correlazioni significative e positive con: I-S ($r = .49$; $p < .001$), DEP ($r = .47$; $p < .001$), ANX ($r = .25$; $p < .05$), PHOB ($r = .28$; $p < .05$), PAR ($r = .31$; $p < .05$) e PSY ($r = .34$; $p < .01$);
- ✓ la scala I-S mostra correlazioni significative e positive con: DEP ($r = .63$; $p < .001$), HOS ($r = .55$; $p < .001$), PHOB ($r = .31$; $p < .05$), PAR ($r = .66$, $p < .0001$) e PSY ($r = .68$, $p < .0001$);
- ✓ la scala DEP mostra correlazioni significative e positive con: ANX ($r = .38$; $p < .01$), HOS ($r = .50$; $p < .001$), PHOB ($r = .38$; $p < .001$), PAR ($r = .59$, $p < .0001$) e PSY ($r = .58$, $p < .0001$);
- ✓ la scala ANX mostra correlazioni significative e positive con: PAR ($r = .34$, $p < .01$) e PSY ($r = .29$, $p < .05$);
- ✓ la scala HOS mostra correlazioni significative e positive con: PHOB ($r = .25$; $p < .05$), PAR ($r = .58$, $p < .0001$) e PSY ($r = .34$, $p < .01$);
- ✓ infine, correlazioni significative e positive emergono tra le scale PHOB e PAR ($r = .32$, $p < .01$) e tra le scale PAR e PSY ($r = .51$, $p < .0001$).

Uguualmente, sono state effettuate le statistiche descrittive anche per il sottocampione 2 - F.

Per tutte le scale inserite nell'SCL-90-R i valori, riportati nella tabella sottostante (Tabella 2), indicano come nel complesso il sottocampione femminile si caratterizza per punteggi che rientrano nel range "normalità" in tutte le scale considerate, ad eccezione della Scala Ossessività-Compulsività (O-C) dove i valori rientrano nel range di punteggio "assenza".

Si vuole segnalare come i punteggi ottenuti da tutte le scale relative al sottocampione 2 risultano maggiori di quelli ottenuti dal sottocampione 1; a tal proposito, nella parte finale dello studio saranno messi a confronto i due sottocampioni per valutare se tale differenza risulti significativa o meno al test t di Student.

Statistiche semplici n=65		
Variabile	Media	Dev std
SOM	51.23077	11.36987
O-C	44.70769	10.72049
I-S	50.61538	94.6159
DEP	52.07692	10.38675
ANX	46.23077	10.68406
HOS	51.44615	11.28610
PHOB	50.12308	81.5573
PAR	50.33846	11.28921
PSY	48.27692	97.8920

TABELLA 2 – Statistiche semplici sottocampione 2 – F.

Nel caso del sottocampione 2 le analisi delle correlazioni hanno evidenziato come vi siano relazioni significative e positive tra tutte le dimensioni considerate. I valori del coefficiente r di Pearson risultano compresi tra un minimo di .49 ed un massimo di .83; tali valori si mostrano sempre significativi ad un livello di α inferiore a .0001 (Tabella 3).

Coefficienti di correlazione di Pearson, N = 65										
Prob > r con H0: Rho=0										
		SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY
SOM	r sig.	1	0.49550 <.0001	0.60026 <.0001	0.59245 <.0001	0.64937 <.0001	0.56892 <.0001	0.57023 <.0001	0.46573 <.0001	0.46100 0.0001
O-C	r sig.	0.49550 <.0001	1	0.68282 <.0001	0.71893 <.0001	0.72661 <.0001	0.61787 <.0001	0.52832 <.0001	0.61911 <.0001	0.74061 <.0001
I-S	r sig.	0.60026 <.0001	0.68282 <.0001	1	0.81498 <.0001	0.80526 <.0001	0.71422 <.0001	0.66417 <.0001	0.83168 <.0001	0.73011 <.0001
DEP	r sig.	0.59245 <.0001	0.71893 <.0001	0.81498 <.0001	1	0.81113 <.0001	0.72453 <.0001	0.63126 <.0001	0.69935 <.0001	0.74648 <.0001
ANX	r sig.	0.64937 <.0001	0.72661 <.0001	0.80526 <.0001	0.81113 <.0001	1	0.65935 <.0001	0.67462 <.0001	0.66546 <.0001	0.81866 <.0001
HOS	r sig.	0.56892 <.0001	0.61787 <.0001	0.71422 <.0001	0.72453 <.0001	0.65935 <.0001	1	0.49116 <.0001	0.55127 <.0001	0.61209 <.0001
PHOB	r sig.	0.57023 <.0001	0.52832 <.0001	0.66417 <.0001	0.63126 <.0001	0.67462 <.0001	0.49116 <.0001	1	0.51952 <.0001	0.63523 <.0001
PAR	r sig.	0.46573 <.0001	0.61911 <.0001	0.83168 <.0001	0.69935 <.0001	0.66546 <.0001	0.55127 <.0001	0.51952 <.0001	1	0.67766 <.0001
PSY	r sig.	0.46100 0.0001	0.74061 <.0001	0.73011 <.0001	0.74648 <.0001	0.81866 <.0001	0.61209 <.0001	0.63523 <.0001	0.67766 <.0001	1

TABELLA 3 – Correlazioni scale SCL-90-R relative al sottocampione 2-F.

Passando ai risultati emersi dalla somministrazione del questionario sulle droghe, si riferisce in primo luogo quanto riscontrato sulla classificazione posta dal campione distinguendo tutte le sostanze menzionate nel questionario tra “droga pesante” e “droga leggera”: come mostra la sottostante tabella (Tabella 4), per entrambi i sottocampioni la maggior parte delle droghe elencate viene considerata una sostanza pesante, ad eccezione dei cannabinoidi (marijuana e hashish) che al contrario sono considerati droghe leggere.

	LEGGERE		PESANTI	
	M	F	M	F
Anfetamine	4%	2%	13%	13%
Cocaina	2%	1%	12%	13%
Crack	1%	1%	13%	12%
Ecstasy	3%	3%	12%	12%
Eroina	0%	1%	13%	12%
Hashish	38%	35%	2%	3%
LSD	6%	3%	11%	12%
Marijuana	42%	42%	0%	1%
Metadone	1%	3%	13%	12%
Smart Drugs	6%	9%	11%	10%

TABELLA 4 - Considerazioni sulla classificazione delle droghe in “pesanti” e “leggere” espresse in percentuale, per i sottocampioni 1-M e 2-F.

In secondo luogo, il campione ha espresso le proprie opinioni per “risolvere” la problematica delle droghe in Italia.

Entrambi i sottocampioni hanno indicato come “consiglio” prevalente quello di *“fornire ai giovani informazioni più adeguate”* sui rischi del consumo (risposta data dal 22% dei maschi e dal 23% delle femmine), cui segue la richiesta di *“ampliare la presenza di strutture sanitarie pubbliche”* necessarie al supporto ed al trattamento dei tossicodipendenti (risposta data dal 19% dei maschi e dal 21% delle femmine), cui si aggiunge parallelamente la necessità di *“ampliare la presenza di comunità terapeutiche”* (risposta data dal 17% dei maschi e dal 20% delle femmine).

Tuttavia, per il sottocampione maschile la *“liberalizzazione di uso e vendita”* può essere una buona strategia (risposta data dal 17% dei maschi, contro il 9% delle femmine), mentre il sottocampione femminile indica altresì come valida il *“perseguire produttori e trafficanti con pene più severe”* (risposta data dal 19% delle femmine e dal 17% dei maschi).

Ancora, è stato chiesto al campione di “definire” la figura del tossicodipendente.

In questo caso, per entrambi i sottocampioni, le risposte prevalenti sono due, ed ovvero relative all’indicare il tossicodipendente come *“una persona normale incapace di affrontare i problemi”*

(così indicata per il 42% dei maschi ed il 43% delle femmine) e come “*una persona malata*” (così indicata per il 37% dei maschi e delle femmine). Il carattere di “delinquenzialità” della condotta tossicodipendente è stata esclusa dal nostro campione di indagine (indicata dallo 0% dei maschi e dal 2% delle femmine).

Ancora, il campione è stato interrogato sugli effetti ed i danni arrecati dalle droghe elencate nel questionario ed intesi in termini di “danni organici” o “danni sociali”.

Per il sottocampione 1-M emerge una corrispondenza tra danni organici e danni sociali in considerazione di specifiche sostanze considerate: cocaina, crack, ecstasy, eroina e metadone si ritengono sostanze in grado di provocare danni al cervello e, al contempo, sostanze socialmente pericolose; marijuana e hashish si ritengono invece sostanze innocue e, al contempo, sostanze che aiutano a socializzare. Un dato discordante emerge relativamente alle smart drugs, ritenute sostanze provocanti danni al cervello ma, contemporaneamente, facilitanti la socializzazione. Infine, le anfetamine vengono considerate sostanze innocue, mentre LSD esclusivamente come una droga che provoca danni al cervello.

Anche per il sottocampione 2-F emerge una corrispondenza tra danni organici e danni sociali, in considerazione delle stesse sostanze distinte dal precedente sottogruppo. Viceversa in questo caso il dato discordante emerge relativamente all'ecstasy, considerata una sostanza che provoca danni al cervello ma che al contempo aiuta a socializzare. Le smart drugs vengono considerate dal sottocampione femminile come sostanze socialmente pericolose⁷, le anfetamine come sostanze provocanti danni al cervello, mentre l'LSD non viene ben identificato, non essendoci una prevalenza di percentuale (Tabella 5).

⁷ In memoria di recenti notizie di cronaca (come, ad esempio, il caso di due turiste avvenuto a Gallipoli nell'agosto 2013, o quello della studentessa violentata a Taranto nello stesso anno) e ricordando che alla categoria delle smart drugs appartengono anche le droghe considerate “da stupro”, c'è da chiedersi se questo dato, emerso solo dal campione femminile, possa essere stato influenzato da queste o, addirittura, sia la conseguenza di esperienze personali.

	Gruppo 1 maschi				Gruppo 2 femmine			
	danni cervello	innocua	socialm. peric.	aiuta socializz.	danni cervello	innocua	socialm. peric.	aiuta socializz.
Anfetamine	12%	35	7%	0%	12%	0%	5%	5%
Cocaina	10%	1%	21%	3%	10%	0%	14%	13%
Crack	12%	2%	11%	0%	11%	2%	12%	2%
Ecstasy	11%	5%	11%	4%	11%	0%	5%	13%
Eroina	11%	0%	16%	0%	11%	0%	14%	5%
Hashish	6%	33%	7%	32%	7%	30%	7%	29%
LSD	11%	9%	7%	0%	11%	10%	10%	2%
Marijuana	5%	35%	4%	43%	6%	43%	7%	27%
Metadone	12%	3%	8%	0%	10%	5%	11%	0%
Smart Drugs	10%	9%	8%	18%	10%	10%	15%	4%

TABELLA 5 – Effetti/danni tossicodipendenza, per i sottocampioni 1-M e 2-F.

Per ulteriormente comprendere l'opinione del campione in merito all'afferenza di alcune sostanze nella categoria delle "droghe", è stato chiesto di indicare l'appartenenza di sostanze quali alcol, tabacco, caffè e farmaci.

I risultati sono stati analoghi per i due sottocampioni, laddove solo il caffè non è da considerarsi una droga. Esclusivamente per il sottocampione femminile non sono state fornite indicazioni rilevanti rispetto all'inserimento del tabacco nella categoria delle droghe (la percentuale che considera il tabacco come una droga è pari al 25%, che è uguale alla considerazione opposta).

"Altre" droghe	SI	NO	SI	NO
	Gruppo 1 maschi	Gruppo 1 maschi	Gruppo 2 femmine	Gruppo 2 femmine
Alcol	30%	15%	27%	21%
Tabacco	27%	22%	25%	25%
Caffè	14%	45%	18%	42%
Farmaci	29%	18%	30%	12%

TABELLA 6 - Considerazioni del campione sperimentale su "altre" sostanze presentate nel quotidiano.

Viepiù, il campione complessivamente considerato specifica che coloro che fanno uso delle quattro sostanze in precedenza nominate non per forza si rendono maggiormente propensi all'uso di droghe

(risposta “NO” data dal 79% dei maschi e dal 52% delle femmine). Parallelamente, il campione complessivamente considerato ritiene che l’utilizzo di sostanze leggere non influisce sulla tentazione del soggetto di fare uso di sostanze pesanti (risposta “NO” data dal 58% dei maschi e dal 46% delle femmine).

Ancora, interrogato il campione sugli effetti dannosi di marijuana e tabacco, a confronto tra loro, c’è accordo nel ritenere che gli effetti della marijuana siano meno dannosi di quelli derivanti dall’uso del tabacco (risposta “Marijuana meno dannosa” data dal 63% dei maschi e dal 57% delle femmine).

Interrogato il campione sulla possibilità di porre fine alla condotta di abuso, entrambi i sottogruppi concordano nel ritenere che tale possibilità esiste (risposta “SI” data dal 97% dei maschi e dall’87% delle femmine).

Stante tutto quanto sopra in riferimento a considerazioni generali sulle condotte di abuso e sui derivanti danni, per ottenere informazioni più specifiche ai fini della nostra ricerca si è chiesto agli intervistati presi a campione se avessero mai fatto uso di sostanze.

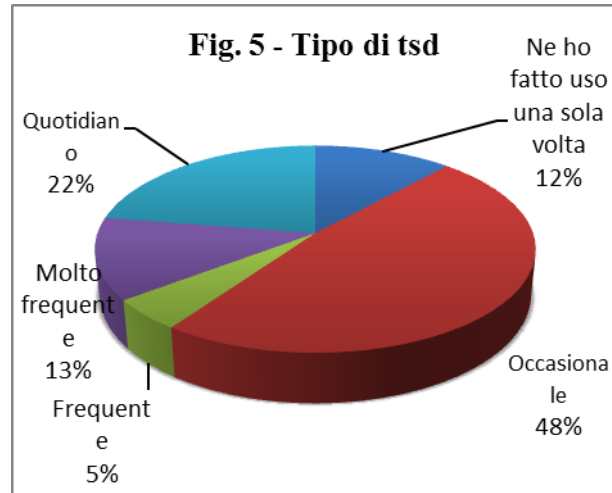
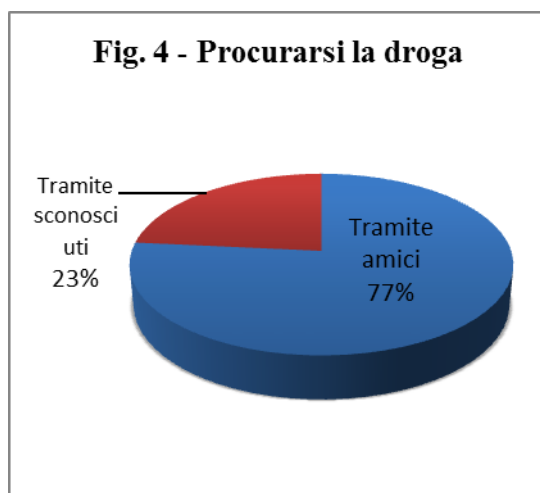
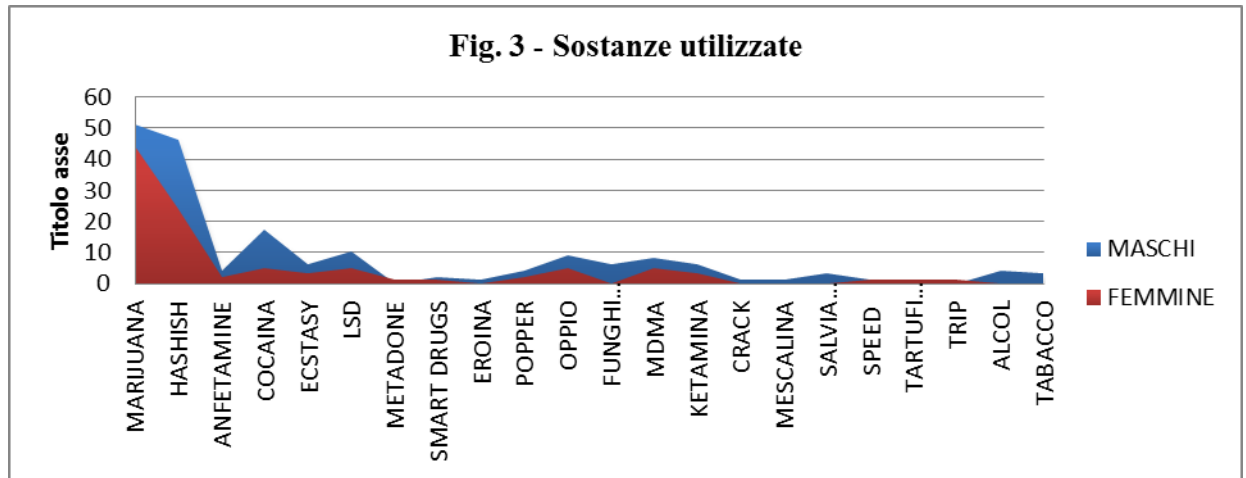
In entrambi i gruppi prevalgono soggetti che, almeno una volta nella vita, hanno utilizzato sostanze psicotrope: ciò vale per il 90% dei maschi e il 66% delle femmine.

Ottenuta tale evidenza, gli assuntori/consumatori si specificano come segue:

- ✓ per ciò che riguarda le occasioni di consumo⁸, entrambi i sottocampioni riferiscono principalmente circostanze sociali (es. feste, uscite serali, in compagnia di amici); pochi sono i soggetti che dichiarano di farne uso anche in occasioni “non sociali”, e sono prevalentemente maschi.
- ✓ per ciò che riguarda le motivazioni date per spiegare l’uso di sostanze, molti soggetti dichiarano di utilizzarle per piacere; altri per curiosità o per provare; altri ancora per divertirsi, per svago e per rilassarsi; ed in misura minore come atto per emulare i coetanei⁹.
- ✓ per ciò che riguarda le sostanze utilizzate, la frequenza d’uso ed il modo in cui essa era stata reperita, entrambi i sottocampioni riferiscono essere l’hashish e la marijuana le due sostanze maggiormente assunte (Figura 3), reperite per tramite di amici (Figura 4), ma tuttavia considerando se stessi dei consumatori “occasionalisti” (Figura 5).

⁸ Tale elemento era esposto in una domanda aperta.

⁹ Anche questo elemento era esposto in una domanda aperta.



Descritti i risultati ottenuti dalla somministrazione dei due singoli strumenti, è possibile a questo punto valutare le relazioni tra i dati emersi dai singoli questionari. A tale riguardo sono state condotte una serie di correlazioni tra i punteggi delle scale dell'SCL-90-R e alcune variabili presenti nel Questionario sulle Droghe, quali: uso di sostanze, frequenza d'uso, assunzione esclusiva di cannabis e poliabuso¹⁰. Nel sottocampione 1 non emergono relazioni significative tra le scale

¹⁰ Nella presente ricerca, per poliabuso si intende l'uso combinato di varie sostanze, quali: marijuana, hashish, anfetamine, cocaina, crack, ecstasy, lsd, metadone, smart drugs, oppio, md-ma, salvia divinorum, eroina, mescalina.

dell'SCL-90-R e le variabili del Questionario sulle Droghe. Emergono invece relazioni positive tra l'utilizzo di sostanze, la frequenza di uso, l'assunzione di cannabinoidi e il poliabuso (Tabella 7).

Coefficienti di correlazione di Pearson, SOTTOCAMPIONE 1 N = 62					
Prob > r con H0: Rho=0					
		Use	rate	Cannabis	Poli_Abuse
Som	r	0.12284	-0.06910	0.12284	0.13206
	sig.	0.3415	0.5936	0.3415	0.3062
O_C	r	0.20526	0.13704	0.20526	0.15437
	sig.	0.1095	0.2882	0.1095	0.2309
I_S	r	0.04465	-0.02672	0.04465	0.00907
	sig.	0.7304	0.8367	0.7304	0.9442
Depr	r	-0.02565	-0.07509	-0.02565	-0.00859
	sig.	0.8432	0.5619	0.8432	0.9472
Anx	r	0.15936	0.04342	0.15936	0.17258
	sig.	0.2160	0.7375	0.2160	0.1798
Host	r	0.05113	0.12301	0.05113	0.14119
	sig.	0.6931	0.3409	0.6931	0.2737
Phobia	r	0.07257	0.00634	0.07257	0.19952
	sig.	0.5751	0.9610	0.5751	0.1200
Par	r	-0.02693	-0.06389	-0.02693	0.13508
	sig.	0.8354	0.6218	0.8354	0.2952
Psy	r	-0.02103	-0.10114	-0.02103	-0.00822
	sig.	0.8711	0.4341	0.8711	0.9494
Use	r	1	0.67734	1	0.34851
	sig.		<.0001	<.0001	0.0055
rate	r	0.67734	1	0.67734	0.42144
	sig.	<.0001		<.0001	0.0006
Cannabis	r	1	0.67734	1	0.34851
	sig.	<.0001	<.0001		0.0055
Poli_Abuse	r	0.34851	0.42144	0.34851	1
	sig.	0.0055	0.0006	0.0055	

TABELLA 7 - Correlazioni tra le scale dell'SCL-90-R e alcune variabili del Questionario sulle droghe, relative al sottocampione 1-M.

Nel sottocampione 2 i risultati hanno messo in luce la presenza di relazioni significative e positive tra la frequenza di utilizzo di sostanze ed i punteggi nella scala DEP ($r = .25$; $p < .05$) e tra il poliabuso ed i punteggi della scala PHOB ($r = .24$; $p < .05$). Questo significa che ad alti punteggi di depressione corrispondono alti punteggi della frequenza d'uso delle sostanze, mentre ad alti livelli di ansia fobica corrisponde una maggiore frequenza di poliabuso. Anche in questo caso emergono

relazioni tra l'utilizzo di sostanze e la frequenza d'uso, e tra l'assunzione di cannabinoidi e il poliabuso di sostanze (Tabella 8).

Coefficienti di correlazione di Pearson, SOTTOCAMPIONE 2 N = 65					
Prob > r con H0: Rho=0					
		Use	rate	Cannabis	Polyabuse
SOM	r	0.16305	0.17030	0.16305	0.23080
	sig.	0.1944	0.1750	0.1944	0.0644
O_C	r	0.17313	0.20234	0.17313	0.12811
	sig.	0.1678	0.1060	0.1678	0.3091
L_S	r	0.15021	0.13205	0.15021	0.14960
	sig.	0.2323	0.2944	0.2323	0.2343
DEPR	r	0.20500	0.25168	0.20500	0.08819
	sig.	0.1014	0.0431	0.1014	0.4848
ANX	r	0.21500	0.21413	0.21500	0.20304
	sig.	0.0854	0.0867	0.0854	0.1048
HOST	r	0.06487	0.10180	0.06487	0.09926
	sig.	0.6077	0.4197	0.6077	0.4315
PHOBIA	r	0.08083	0.09098	0.08083	0.24664
	sig.	0.5221	0.4710	0.5221	0.0476
PAR	r	0.14322	0.11433	0.14322	0.07427
	sig.	0.2551	0.3645	0.2551	0.5565
PSY	r	0.19940	0.13225	0.19940	0.03360
	sig.	0.1113	0.2936	0.1113	0.7905
Use	r	1	0.76973	1	0.29007
	sig.		<.0001	<.0001	0.0191
rate	r	0.76973	1	0.76973	0.51384
	sig.	<.0001		<.0001	<.0001
Cannabis use	r	1	0.76973	1	0.29007
	sig.	<.0001	<.0001		0.0191
Polyabuse	r	0.29007	0.51384	0.29007	1
	sig.	0.0191	<.0001	0.0191	

TABELLA 8 - Correlazioni tra le scale dell'SCL-90-R e alcune variabili del Questionario sulle droghe, relative al sottocampione 2-F.

Inoltre, tramite il test t di Student è stata indagata la significatività delle differenze nei punteggi medi ottenuti dai due sottocampioni con riferimento a tutte le scale inserite del test SCL-90-R.

La tabella sottostante (Tabella 9) sintetizza il riscontro ottenuto evidenziando come vi sia una differenza significativa in relazione al punteggio ottenuto dal sottocampione femminile in cinque scale del test – ovvero I-S ($t = 2.83$; $p < .01$), DEP ($t = 2.62$; $p < .05$), ANX ($t = 2.20$; $p < .05$), PHOB ($t = 2.19$; $p < .05$) e PSY ($t = 4.22$; $p < .0001$) – punteggi che nelle stesse scale risultano superiori a quelli detenuti dal sottocampione maschile.

VARIABILE	GENERE	N	MEDIA	DEV. ST.	ERR. ST.	DF	t	P
SOM	M	62	49.29	8.60	1.09	125	1.08	Ns
	F	65	51.23	11.36	1.41			
O-C	M	62	43.38	8.58	1.09	125	0.76	Ns
	F	65	44.70	10.72	1.32			
I-S	M	62	46.41	7.12	0.90	125	2.83	.005**
	F	65	50.61	9.46	1.17			
DEP	M	62	47.87	7.39	0.93	125	2.62	.01*
	F	65	52.07	10.38	1.28			
ANX	M	62	42.80	6.12	0.77	125	2.20	.02*
	F	65	46.23	10.68	1.32			
HOS	M	62	51.16	10.90	1.38	125	0.14	Ns
	F	65	51.44	11.28	1.39			
PHOB	M	62	47.30	6.13	0.77	125	2.19	.03*
	F	65	50.12	8.15	1.01			
PAR	M	62	47.88	10.06	1.27	125	1.29	Ns
	F	65	50.33	11.28	1.40			
PSY	M	62	42.22	5.76	0.73	125	4.22	.000****
	F	65	48.27	9.78	1.21			

TABELLA 9 – differenza dei punteggi ottenuti dai 2 sottocampioni alle scale dell'SCL-90-R.

Da specificare che: ns= non significativo, *= significativo a livello .05, **= significativo a livello .01,

= significativo a livello .001 e *= significativo a livello .0001

Analogamente, la stessa analisi è stata condotta per indagare le differenze nei punteggi medi ottenuti dai due sottogruppi in relazione alla frequenza d'uso di sostanze. I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra i gruppi ($t = 4.35$; $p < .0001$) a favore degli uomini, che hanno dichiarato di far uso di sostanze più frequentemente rispetto alle donne (media sottocampione 1-M = 2,82 VS media sottocampione 2-F = 1.58. Tabella 10).

VARIABILE	GENERE	N	MEDIA	DEV. ST.	ERR. ST.	DF	t	p
FREQUENZA USO	M	62	2.82	1.84	0.23	125	4.35	.000****
	F	65	1.58	1.33	0.16			

TABELLA 10 - differenze dei punteggi medi ottenuti dai due sottogruppi in relazione alla frequenza d'uso di sostanze.
 Da specificare che: ns= non significativo, *= significativo a livello .05, **= significativo a livello .01, ***= significativo a livello .001 e ****= significativo a livello .0001

Infine, ad ulteriore approfondimento si vuole segnalare la distribuzione dei soggetti a campione in considerazione delle scale cliniche significative e delle elevazioni ad esse riferite, con la frequenza d'uso delle sostanze.

Nel caso del sottocampione 1-M abbiamo:

- ✓ per la scala Somatizzazione (SOM) → tutti i soggetti dichiarano di aver fatto uso, almeno una volta nella vita, di sostanze stupefacenti. Di questi, 6 soggetti dichiarano di farne un uso occasionale (di cui: 1 soggetto con punteggio “moderato” alla scala e 2 soggetti con punteggio “elevato”), 2 soggetti dichiarano di farne un uso quotidiano (di cui 1 soggetto con punteggio “moderato”) e infine, 4 soggetti dichiarano di utilizzarle molto frequentemente (di cui 1 soggetto con punteggio “moderato” e 2 soggetti con punteggio “elevato”);
- ✓ per la scala Ostilità (HOS) → solo 1 soggetto dichiara di non aver fatto mai uso di sostanze, mentre viceversa la maggioranza dichiara di farne uso quotidianamente (8 soggetti). Altresì, solo 1 soggetto dichiara di aver fatto un uso frequente di sostanze, ed egli si colloca nel range “elevato” di punteggio per la scala. Per le rimanenti due categorie di frequenza di assunzione di sostanze vi è sostanzialmente una parità tra i due range di punteggio: 3 soggetti con consumo occasionale per punteggio “moderato” e 3 soggetti con consumo occasionale per punteggio “elevato”; 4 soggetti con consumo quotidiano per punteggio “moderato” e 3 soggetti con consumo quotidiano per punteggio “elevato”.

Nel caso del sottocampione 2-F, abbiamo:

- ✓ per la scala Somatizzazione (SOM) → 12 soggetti su 16 si dichiarano consumatori occasionali di sostanze stupefacenti (di cui: 6 soggetti nel range “elevato” e 1 soggetto nel range “moderato” di punteggio);

- ✓ per la scala Ostilità (HOS) → dei 15 soggetti con elevazioni in questa scala, 4 dichiarano di non aver mai fatto uso di sostanze, 1 soggetto dichiara di aver avuto una sola assunzione nella vita, 4 soggetti dichiarano un uso occasionale (e tutti afferiscono al range “elevato” di punteggio), 1 soggetto dichiara un uso molto frequente (ed anche in questo caso afferente al range “elevato” di punteggio);
- ✓ per la scala Ansia Fobica (PHOB) → 10 soggetti su 14 si dichiarano consumatori occasionali di sostanze stupefacenti (di cui: 2 soggetti per il range di punteggio “elevato”);
- ✓ per la scala scala Depressione (DEP) → 7 soggetti su 10 si dichiarano consumatori occasionali di sostanze stupefacenti (di cui: 1 soggetto per il range “elevato” di punteggio e 1 soggetto per il range “moderato” di punteggio);
- ✓ per la scala scala Ideazione Paranoide (PAR) → 6 soggetti su 10 si dichiarano consumatori occasionali di sostanze stupefacenti (di cui: 2 soggetti per il range “elevato” di punteggio e 1 soggetto per il range “moderato” di punteggio).

Commento ai risultati e conclusioni

Dato riscontro ai risultati ottenuti dall'indagine in considerazione della somministrazione dei due strumenti, è possibile esprimere alcune considerazioni.

Un primo risultato interessante è in considerazione dell'emergere di alcune specifiche scale cliniche. Come si è visto, suddividendo il campione generale in due sottogruppi in considerazione dell'identità sessuale, la somministrazione dell'SCL-90-R ha mostrato che in entrambi vi è una maggiore prevalenza delle scale Somatizzazione (SOM) e Ostilità (HOS), e quindi delle caratteristiche di personalità rispettivamente indicate dalle due scale: i disagi riferiti alla percezione di disfunzioni corporee per quanto riguarda la scala SOM; e pensieri, sentimenti o azioni che caratterizzano la rabbia e tutte le modalità di sua espressione e manifestazione (ovvero aggressività, irritabilità e rancore), per quanto riguarda la scala HOS.

Più in particolare, considerando la distribuzione dei soggetti nelle due scale in considerazione dei range di gravità dei punteggi indicati dallo strumento, è stato rilevato che:

- ✓ per la scala SOM, 11 soggetti (4 maschi + 7 femmine) afferiscono ad un range “elevato” di punteggio al cospetto di 7 soggetti (3 maschi + 4 femmine) che afferiscono ad un range “moderato” di punteggio, ad indicare che nel campione considerato sia indicativa la presenza di quadri clinici caratterizzati da sintomi somatici intensi e lamentele multiple di disagio o dolore a carico di organi ed apparati, e che ciò sia ancor più vero per la popolazione femminile;
- ✓ per la scala HOS, 14 soggetti (7 maschi + 7 femmine) afferiscono ad un range “elevato” di punteggio al cospetto di 9 soggetti (7 maschi + 2 femmine) che afferiscono ad un range “moderato” di punteggio, ad indicare che nel campione considerato sia indicativa la presenza di quadri clinici caratterizzati dalla presenza di impulsi aggressivi intensi, associati a frequenti manifestazioni di aggressività fisica e/o verbale verso oggetti o persone, oltre che a manifestazioni di rabbia quali irritabilità e litigiosità, e che ciò sia ancor più vero per la popolazione maschile.

In sostanza, si può dire che una delle evidenze empiriche dell'analisi condotta è che l'identità di genere, da un lato, non ha rappresentato una discriminante in termini di evidenze cliniche, ma al contempo, dall'altro, è stata influente per i livelli di gravità della sintomatologia, che risultano più elevati per le somatizzazioni nel caso della popolazione femminile, e più elevati per l'ostilità nel caso della popolazione maschile.

Ad ogni modo, le analisi descrittive (media e deviazione standard) effettuate sui due sottocampioni hanno evidenziato come, nella maggior parte dei casi, i soggetti che rispettivamente vi afferiscono si collocano nel range di punteggio della “normalità”, sebbene i punteggi ottenuti dalla popolazione femminile siano più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione maschile, e ciò in particolare per alcune scale (I-S, DEP, ANX, PHOB, PSY).

Per quanto riguarda i risultati emersi dalla somministrazione del Questionario sulle Droghe, entrambi i sottocampioni hanno considerato le principali droghe presenti sul mercato (anfetamine, cocaina, eroina, smart drug, ecc.) sostanze “pesanti”, ed hanno altresì ritenuto che queste, per via delle loro proprietà, provochino danni al cervello.

Viceversa, marijuana ed hashish sono state considerate droghe “leggere” ed innocue, tant’è che maggiore si è rivelata la loro frequenza d’uso rispetto a quella delle altre sostanze (marijuana consumata dal 58% dei soggetti del campione ed hashish dal 42%).

In realtà, come noto e già sopra riferito, la distinzione tra droghe naturali e sintetiche non ha stabili fondamenti: le sostanze psicotrope, infatti, provocano dipendenza per via della loro struttura, ed il cervello non è “programmato” per riconoscere tali differenze ma solo per individuare i danni che le sostanze provocano, che sono presenti per tutte, mentre ciò che cambia è la loro manifestazione.

Altresì, poiché dai dati emerge che il 79% dei soggetti del campione complessivo dichiara di aver fatto uso di sostanze, almeno una volta nella vita¹¹, il riscontro empirico di questa indagine è in linea con “l’apertura” manifestata dalla generale popolazione giovanile verso il mondo delle droghe, così come confermato da numerosi studi: ad esempio, nell’ultimo Rapporto del 2013 redatto dallo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*¹² è indicato che proprio la cannabis è la sostanza con la più alta prevalenza in termini di consumo in Europa; e per quanto riguarda l’Italia, la “Relazione annuale al Parlamento 2013 sull’uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze”, elaborata dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri¹³, mostra un incremento di 2,29 punti percentuale dei consumatori di cannabis rispetto all’anno precedente, consumo che riguarda il 21,43% dei giovani di età compresa tra i 15 ed i 19 anni¹⁴.

Stante quanto sopra, si può comprendere come sia necessario rafforzare ulteriormente l’impegno di sensibilizzazione ai pericoli addotti al consumo di sostanze stupefacenti, e specificatamente per quelle che detengono maggiore frequenza di utilizzo.

Tant’è che, in merito al modo migliore per risolvere il “problema droga” in Italia, il nostro stesso campione indica come migliori strategie la necessità di fornire maggiori informazioni ai giovani (risposta data dal 22% dei maschi e dal 23% delle femmine), nonché quella, in generale, di ampliare le strutture sanitarie dedite all’accoglienza dei soggetti che necessitano di aiuto (risposta data dal

¹¹ Specificatamente, nel nostro campione, si sono dichiarati assuntori/consumatori il 90% dei maschi ed il 66% delle femmine.

¹² <http://www.emcdda.europa.eu/>

¹³ <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2013/presentazione.aspx>

¹⁴ I consumi delle altre sostanze si attestano come segue: 2,01% per **cocaina** (1,86% nel 2012), 0,33% per **eroina** (0,32% nel 2012), 1,33% per **stimolanti metamphetamine e/o ecstasy** (1,12% nel 2012) e 2,08% per allucinogeni (1,72% nel 2012).

19% dei maschi e dal 21% delle femmine), ed in misura minore come ulteriore soluzione quella di perseguire maggiormente produttori e trafficanti (risposta data dal 19% delle femmine e dal 17% dei maschi). Rafforzando l'idea che, più che punitivo, l'intervento necessario a risolvere il problema sia di natura preventiva, informativa e di presa in carico del consumatore.

Infatti, i soggetti esaminati, ed ivi compresi coloro che hanno dichiarato di aver fatto uso di sostanze, definiscono il tossicodipendente come *“una persona normale incapace di affrontare i problemi”* (risposta data dal 42% dei maschi e dal 43% delle femmine), proprio perché forse si rispecchiano in tale descrizione; o viceversa, in seconda alternativa, il tossicodipendente è definito una *“persona malata”* (risposta data dal 37% di entrambi i sottogruppi), concetto che fa pensare che il campione guardi al problema dall'esterno, come qualcosa che non lo riguarda personalmente, ovvero come se il loro consumo non costituisce né una condizione di abuso, né un problema.

In questa confusione di immagine e di eventuale identificazione, una maggiore sensibilizzazione informativa al problema è essenziale.

Incrociando i risultati delle somministrazioni dei due strumenti, nel nostro campione notiamo solo relazioni di piccola entità tra le scale dell'SCL-90-R e l'uso di sostanze stupefacenti.

Infatti, per quanto risulti che quasi tutti i soggetti che presentano una prevalenza della scala Ostilità (HOS) e/o Somatizzazione (SOM) siano consumatori occasionali di droghe, i risultati ottenuti a seguito delle correlazioni hanno messo in luce una relazione positiva e significativa, ma di lieve entità, tra la scala Depressione (DEP) e la frequenza di assunzione delle sostanze, e tra la scala Ansia Fobica (PHOB) ed il poliabuso di sostanze, solo relativamente al sottocampione femminile.

Con riferimento all'eventualità di una possibile corrispondenza tra la scala Ostilità e l'uso di sostanze, i risultati non hanno permesso di concludere che i soggetti maggiormente caratterizzati da ostilità siano anche quelli che utilizzano più frequentemente sostanze. Tuttavia, la presenza di punteggi elevati in questa scala rende necessari gli approfondimenti del caso da parte degli specialisti, in quanto l'elevazione di tale scala indica che stiamo effettivamente “lavorando” con un campione di soggetti con un elevato potenziale aggressivo.

In definitiva, il desiderio di indagare la possibile associazione tra profili di personalità, uso/abuso di sostanze ed aggressività, nella presente indagine non ha dato risultati significativi.

Tuttavia, il campione scelto per l'indagine non è stato né la popolazione psichiatrica, né gli autori di reato, né i tossicodipendenti, da ognuno dei quali avremmo potuto aspettarci dei risultati sicuramente indicativi delle singole dimensioni della nostra ricerca (personalità, aggressività e uso di sostanze), ma che proprio per questa ragione sarebbero stati meno informativi su un'associazione generale ed in tal senso meno potenti sul piano della prevenzione.

Ed è il concetto di prevenzione quello che si desidera ancora sottolineare.

A prescindere dai risultati qui ottenuti, prevenire ed educare emotivamente al controllo degli impulsi sembrano essere imperativi categorici. Per il nostro campione, giovani tra i 19 ed i 30 anni, alcuni profili di personalità a livello critico ed alcuni comportamenti disadattivi ivi inclusa l'abitudine ad utilizzare sostanze potrebbero già essere radicati da tempo e difficili da modificare.

E poiché spesso tali agiti e comportamenti vengono vissuti dal soggetto come egosintonici e non disturbanti, è preziosissimo agire preventivamente attraverso screening precoci e altri progetti informativi ed educativi, che possono ridurre il rischio di esiti sfavorevoli in coloro che chiamiamo "persone normali", "comuni".

Bibliografia

Allport G. W., *"Personality: a psychological interpretation"*, Holt, Rinehart, & Winston, New York 1937.

A.P.A. (2013), *DSM V. "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali"*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2013.

Arnao G., *"Cannabis. Uso e abuso"*, Nuovi Equilibri, Roma 2005.

Bailey D.S. & Taylor S.P. (1994), *"Effects of alcohol and aggressive disposition on human physical aggression"*, *Pers Soc Psychol Bull*, 20:439-444, 1994.

Biondi M., “*La dimensione aggressività-violenza (A-V)*”, in Pancheri P. (a cura di), “*Psicopatologia dell'aggressività e della violenza*”, Scientific Press, Firenze 2005.

Bushman B.J. & Cooper H.M., “*Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review*”, Psychol Bull, 107(3):341-54, 1990.

Caprara G.V. & Cervone D., “*Personalità. Determinanti, dinamiche, potenzialità*”, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003.

Caretti V. & La Barbera D., “*Le dipendenze patologiche. Clinica e psicopatologia*”, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.

Craig R.J., “*Prevalence of Personality Disorders among cocaine and heroin addicts*”, In “*Substance Abuse*”, 21(2):87-94, 2000.

Fassino S., Leombruni P., et al., “*Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder*”, J Psychosom Res, 54(6):559-566, 2003.

Fava M., Rosenbaum J., et al., “*Anger attacks in depressed outpatients*”, Psychopharmacol Bull, 27:275-279, 1991.

Giancola P.R. & Zeichner A., “*Construct validity of a competitive reaction- time aggression paradigm*”, Aggress Behav, 21(3):199-204, 1995a.

Giancola P.R. and Zeichner A., “*An investigation of gender differences in alcohol-related aggression*”, J Stud Alcohol, 56(5):573-9, 1995b.

Giancola, P.R. and Zeichner, A., “*Alcohol-related aggression in males and females: Effects of blood alcohol concentration, subjective intoxication, personality, and provocation*”, Alcohol Clin Exp Res, 19(1):130-134, 1995c.

Henry C., Mitropoulou V. et al., “*Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences*”, J Psychiatr Res, 35:307-312, 2001.

Kokkevi A., Stefanis N., Anastasopoulou E. & Kostogianni C., “*Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with Axis I disorders as predictors of treatment retention*”, *Addict Behav*, 23(6):841-53, 1998.

Korn M.L, Kotler M., Molcho A., et al., “*Suicide and violence associated with panic attacks*”, *Biol Psychiatry*, 31:607-612, 1992.

Marriott S. & Tyrer P., “*Benzodiazepine Dependence*”, *Drug Safety*, (9):93-103, 1993.

Millar D.G., “*Hostile emotion and obsessional neurosis*”, *Psychol Med*, 13:813-819, 1983.

Moeller G. & Dougherty D.M., “*Antisocial Personality Disorder, Alcohol, and Aggression*”, In “*Alcohol Research & Health*”, 25, 5-11, 2001.

Pasquini M., Picardi A., Biondi M., et al., “*Relevance of anger and irritability in outpatients with major depressive disorder*”, *Psychopathology*, 37:155-160, 2004.

Posternak M.A. & Zimmerman M., “*Anger and aggression in psychiatric outpatients*”, *J Clin Psychiatry*, 63:665-672, 2002.

Skodol A.E., “*Psicopatologia e crimini violenti*”, Centro Scientifico Editore, Torino 2000.